

**UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE**  
**FACULTÉ DE DROIT**

**L'utilisation grandissante d'examens diagnostiques inappropriés : une analyse des  
causes et des impacts en responsabilité médicale**

**Émilie LARIVÉE**  
Programme de maîtrise en droit et politiques de la santé

NOVEMBRE 2018

**UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE**  
FACULTÉ DE DROIT

**L'utilisation grandissante d'examen diagnostiques inappropriés : une analyse des causes et des impacts en responsabilité médicale**

Par

**Émilie LARIVÉE**

Étudiante à la maîtrise en droit et politiques de la santé

Essai fourni à la Faculté de droit  
En vue de l'obtention du grade de « Maître en droit »

NOVEMBRE 2018  
© Émilie Larivée 2018

## **Résumé**

L'utilisation d'examens diagnostiques inappropriés fait partie intégrante de la pratique de la médecine contemporaine. À une époque où la technologie progresse à une vitesse spectaculaire et où à la fois le patient et le médecin tolèrent mal l'incertitude, il est effectivement de plus en plus fréquent que le médecin ait recours, de manière injustifiée, à des examens diagnostiques et analyses de laboratoire inappropriés dans le cadre de sa démarche d'élaboration du diagnostic. Très souvent, le jugement clinique du médecin est donc mis de côté, pour faire place à une utilisation routinière et immodérée des examens paracliniques. C'est à la lumière de cette réalité que le présent essai a été réalisé et cherche à comprendre les fondements de cette pratique inadéquate et ses impacts en responsabilité médicale. Pour ce faire, cet essai tente, dans un premier temps, de mieux situer et décrire l'utilisation appropriée des examens diagnostiques, dans le cadre de la démarche complète de l'élaboration du diagnostic médical. Dans un second temps, il s'attarde au phénomène de la multiplication des recours à des examens diagnostiques inappropriés, en en identifiant les causes principales, soit le surdiagnostic et la médecine défensive, ainsi qu'en analysant les impacts de ce phénomène en responsabilité médicale. Dans un troisième temps, il expose certaines pistes de solutions visant à freiner cette utilisation grandissante des examens diagnostiques inappropriés.

## **Abstract**

The use of inappropriate diagnostic tests is an integral part of the practice of contemporary medicine. At a time when technology is progressing at a tremendous rate and both the patient and the physician are uncomfortable with uncertainty, it is becoming more common for the physician to resort to unnecessary diagnostic tests and laboratory analyzes as part his or her diagnostic process. The doctor's clinical judgment is often set aside for routine and immoderate use of paraclinical examinations. Given this reality, this essay explores the origins of such practices and their impact in the broader context of medical liability. In order to do so, this essay first identifies and describes what constitutes an appropriate use of diagnostic tests in establishing a valid diagnosis. Secondly, it focuses on the phenomenon of ever increasing recourse to inappropriate diagnostic tests such as overdiagnosis and defensive medicine, identifying its main causes and analyses its consequences on the physician's professional liability and accountability. Thirdly, this paper sets forth possible solutions with a view to countering the trend towards the inappropriate use of diagnostic tests in the practice of medicine.

## TABLE DES MATIÈRES

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>PARTIE I : PRINCIPES GÉNÉRAUX RELATIFS À L'ÉLABORATION D'UN DIAGNOSTIC .....</b>	<b>4</b>
<b>A) Le diagnostic : assise de l'obligation de soigner.....</b>	<b>4</b>
1) <i>Définition du diagnostic.....</i>	<i>5</i>
2) <i>Intensité de l'obligation du médecin quant au diagnostic.....</i>	<i>7</i>
<b>B) La démarche d'élaboration du diagnostic médical.....</b>	<b>9</b>
1) <i>Collecte de données .....</i>	<i>9</i>
a) <i>Anamnèse.....</i>	<i>9</i>
b) <i>Examen physique.....</i>	<i>12</i>
c) <i>Examens diagnostiques.....</i>	<i>13</i>
2) <i>Établissement du diagnostic .....</i>	<i>16</i>
a) <i>Interprétation des données collectées .....</i>	<i>16</i>
b) <i>Divulgence du diagnostic au patient .....</i>	<i>16</i>
c) <i>Contrôle et révision ultérieure du diagnostic initial.....</i>	<i>17</i>
<b>C) Droit à l'erreur dans la détermination du diagnostic médical .....</b>	<b>17</b>
1) <i>Erreur de diagnostic non fautive .....</i>	<i>17</i>
2) <i>Erreur de diagnostic constituant une faute.....</i>	<i>18</i>
<b>PARTIE 2: LA MULTIPLICATION DES RECOURS À DES EXAMENS DIAGNOSTIQUES INAPPROPRIÉS : SOURCES ET IMPACTS EN RESPONSABILITÉ MÉDICALE .....</b>	<b>22</b>
<b>A) La multiplication des recours inappropriés aux tests de laboratoire et aux examens diagnostiques : l'influence du surdiagnostic et de la médecine défensive..</b>	<b>22</b>
1) <i>Surdiagnostic .....</i>	<i>23</i>
a) <i>Définition.....</i>	<i>23</i>
b) <i>Causes .....</i>	<i>25</i>
c) <i>Importance du phénomène au sein de la pratique médicale québécoise.....</i>	<i>29</i>
2) <i>Médecine défensive.....</i>	<i>33</i>
a) <i>Définition.....</i>	<i>33</i>
b) <i>Causes .....</i>	<i>34</i>
c) <i>Importance du phénomène au sein de la pratique médicale québécoise.....</i>	<i>37</i>
<b>B) Analyse des impacts de la multiplication des recours à des examens diagnostiques inappropriés en responsabilité médicale .....</b>	<b>38</b>
1) <i>Manquement à l'obligation d'informer le patient et d'obtenir son consentement libre et éclairé.....</i>	<i>39</i>
2) <i>Manquement à l'obligation de soigner.....</i>	<i>45</i>

<b>PARTIE 3: SOLUTIONS ENVISAGEABLES : L'IMPORTANCE D'UNE PRISE DE CONSCIENCE PARTAGÉE .....</b>	<b>49</b>
<b>A)     Modification des pratiques de prescription d'examens diagnostiques des médecins.....</b>	<b>50</b>
1) <i>Sensibilisation des médecins à la problématique de l'utilisation inappropriée des examens diagnostiques .....</i>	<i>50</i>
2) <i>Application des directives et guides de pratique médicale.....</i>	<i>53</i>
<b>B)     Sensibilisation des patients.....</b>	<b>55</b>
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>60</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>64</b>

## INTRODUCTION

Les bienfaits du développement remarquable des examens et procédés diagnostiques au cours des dernières décennies ne sont plus à prouver. En effet, l'innovation et l'évolution constante des procédés diagnostiques donnent l'opportunité, dans bien des cas, d'accélérer le processus d'établissement du diagnostic du patient et de réduire les possibles erreurs liées à la détermination de celui-ci, offrant ainsi un traitement plus rapide et efficace de la maladie<sup>1</sup>. À titre d'exemple, les procédés d'imagerie médicale, tels que l'imagerie par résonance magnétique, ci-après « **IRM** », la tomодensitométrie, ci-après « **TDM** » ou la tomographie par émission de positrons (TEP), occupent une place déterminante dans la pratique de la médecine contemporaine<sup>2</sup> et permettent, entre autres, d'identifier plus tôt la maladie du patient, de manière moins invasive et avec plus de fiabilité et précision<sup>3</sup>.

Les avancées constantes en matière de techniques diagnostiques et l'accès à une vaste gamme d'examens à la fine pointe de la technologie ne sont toutefois pas sans impact négatif sur la pratique médicale actuelle. En effet, bien que le *Code de déontologie des médecins* prévoit notamment les obligations pour le médecin d'« utiliser judicieusement les ressources consacrées aux soins de santé »<sup>4</sup>, ainsi que de « refuser sa collaboration ou sa participation à un acte médical qui irait à l'encontre de l'intérêt du patient »<sup>5</sup> et qu'une utilisation « [...] pondérée, compte tenu des indications médicales reconnues »<sup>6</sup> soit de mise à l'égard de la

---

<sup>1</sup> Jean-Pierre MÉNARD, « L'erreur de diagnostic : fautive ou non fautive », dans S.F.C.B.Q., vol. 230, *Développements récents en responsabilité médicale et hospitalière (2005)*, Cowansville, Éditions Yvon Blais, p. 251, à la page 252.

<sup>2</sup> INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX, *Stratégies d'optimisation de la pertinence des requêtes concernant l'IRM et la TDM*, Gouvernement du Québec, 2018, p. 1, en ligne : <[https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Oncologie/INESSS-optimisation\\_IRM\\_et\\_TDM.pdf](https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Oncologie/INESSS-optimisation_IRM_et_TDM.pdf)> (consulté le 8 août 2018).

<sup>3</sup> Rebecca SMITH-BINDMAN, Diana L. MIGLIORETTI, Eric JOHNSON, Choonsik LEE, Heather Spencer FEIGELSON, Michael FLYNN, Robert T. GREENLEE, Randell L. KRUGER, Mark C. HORN BROOK, Douglas ROBLIN, Leif I. SOLBERG, Nicholas VANNEMAN, Sheila WEINMANN et Andrew E. WILLIAMS, « Use of Diagnostic Imaging Studies and Associated Radiation Exposure for Patients Enrolled in Large Integrated Health Care Systems, 1996-2010 », (2012), 307-22 *Journal of the American Medical Association* 2400.

<sup>4</sup> *Code de déontologie des médecins*, RLRQ, c. M-9, r. 17, art. 50.

<sup>5</sup> *Id.*, art. 60.

<sup>6</sup> Suzanne PHILIPS-NOOTENS, Robert P. KOURI et Pauline LESAGE-JARJOURA, *Éléments de responsabilité civile médicale – Le droit dans le quotidien de la médecine*, 4<sup>e</sup> éd., Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2016, EYB2016RCM30, n° 319 (La référence).

pluralité d'examens disponibles, il ressort, depuis plusieurs années<sup>7</sup>, que les examens diagnostiques sont fréquemment utilisés de manière inappropriée et non pertinente. De nombreux acteurs de la communauté médicale ont en effet dressé, au cours des dernières années, des constats inquiétants quant à cette utilisation inadéquate, qui n'est pas sans risque pour la santé des patients. L'*Agence canadienne des médicaments et de la santé* évaluait, en 2013, que 10 à 20% des examens d'imagerie médicale demandés étaient injustifiés<sup>8</sup>. L'*Association médicale du Québec*, ci-après « **AMQ** », estimait quant à elle en 2017, que 15 à 18% des examens diagnostiques employés n'étaient pas essentiels<sup>9</sup>. Au surplus, un récent rapport de l'*Institut canadien d'information sur la santé* révélait que près de 30% des examens, interventions et traitements effectués au Canada pourraient ne pas être nécessaires<sup>10</sup>.

Des croyances bien ancrées, à la fois dans l'esprit du patient et du médecin, selon lesquelles il vaut toujours mieux « prévenir que guérir », « en avoir le cœur net » ou encore « avoir l'esprit tranquille », semblent effectivement encourager une utilisation excessive et inappropriée des examens diagnostiques et des tests de laboratoires disponibles. Dans de nombreux cas, le bon jugement clinique du médecin semble être mis de côté, pour laisser place à une utilisation systématique et immodérée des examens paracliniques. Il sera donc question, dans le cadre de cet essai, de ce phénomène de la multiplication des recours inappropriés aux examens diagnostiques et tests de laboratoires et de ses impacts en responsabilité médicale. À ce titre, force est d'admettre que de mauvaises pratiques de la

---

<sup>7</sup> Déjà en 1997, le *Conseil médical du Québec* évaluait qu'un volume important d'examens diagnostiques étaient non pertinents, notamment en raison d'une prescription systématique d'examens par le médecin, ou encore en raison d'un recours aux examens dans un but défensif : CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC, *Avis sur la pertinence des services médicaux au Québec*, Québec, Gouvernement du Québec, 1997, p. 4 et 5, en ligne : <[https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/Archives/ConseilMedical/Avis/1997\\_02\\_av\\_fr.pdf](https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/Archives/ConseilMedical/Avis/1997_02_av_fr.pdf)> (consulté le 8 août 2018).

<sup>8</sup> AGENCE CANADIENNE DES MÉDICAMENTS ET DES TECHNOLOGIES DE LA SANTÉ, *Utilisation appropriée des techniques d'imagerie médicale de pointe : TDM, IRM ET TEP/TDM. Analyse prospective*, Ottawa, 2013, p.1, en ligne : <[https://www.cadth.ca/sites/default/files/pdf/DiagnosticImagingLitScan\\_f.pdf](https://www.cadth.ca/sites/default/files/pdf/DiagnosticImagingLitScan_f.pdf)> (consulté le 8 août 2018).

<sup>9</sup> Mathieu STE-MARIE, « Surdiagnostic : 7 pistes de solutions », (2017) 3-10 *Profession Santé* 16, 16.

<sup>10</sup> INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ, *Les soins non nécessaires au Canada*, Ottawa, 2017, p. 8, en ligne : <[https://secure.cihi.ca/free\\_products/choosing-wisely-baseline-report-fr-web.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/choosing-wisely-baseline-report-fr-web.pdf)> (consulté le 20 juin 2018).

médecine, soit le surdiagnostic et la médecine défensive, accentuent ce phénomène qui fait parfois subir des risques inutiles au patient.

Afin de mieux situer le rôle et la portée des examens diagnostiques au sein de la pratique de la médecine, il conviendra d'abord d'établir certains principes généraux relatifs à l'élaboration d'un diagnostic. Il sera alors traité successivement de la notion du diagnostic au sein de l'obligation de soigner du médecin, de la démarche d'élaboration du diagnostic et du droit à l'erreur du médecin dans la détermination du diagnostic médical. Il sera ensuite nécessaire de s'attarder concrètement au phénomène de la multiplication des recours aux examens diagnostiques et tests de laboratoire inappropriés par le médecin, en étudiant comment de mauvaises pratiques médicales, telles que le surdiagnostic et la médecine défensive mentionnées précédemment, ont une influence considérable sur celui-ci et en analysant les impacts potentiels d'une telle utilisation inappropriée des examens complémentaires en responsabilité médicale. Finalement, nous tenterons d'apporter des pistes de solution pour contrer cette tendance à l'utilisation abusive des examens diagnostiques.



## **PARTIE I : PRINCIPES GÉNÉRAUX RELATIFS À L'ÉLABORATION D'UN DIAGNOSTIC**

La problématique de la multiplication des recours à des tests de laboratoire et des examens diagnostiques inappropriés se retrouve au cœur de la démarche d'élaboration d'un diagnostic par le médecin. En effet, les examens paracliniques viennent généralement compléter le processus évolutif au cours duquel le médecin étoffe son jugement, pour parvenir à diagnostiquer convenablement le mal dont souffre le patient.

Afin de comprendre le bon usage qui devrait en être fait, il est donc approprié de dresser, pour cette première partie, les principes généraux relatifs à l'élaboration d'un diagnostic. Pour ce faire, il sera nécessaire d'étudier d'abord la notion du diagnostic au sein de l'obligation de soigner, pour ensuite s'attarder à la démarche complète d'élaboration du diagnostic médical. Il sera finalement opportun d'évaluer dans quelle mesure le médecin a le droit à l'erreur dans le cadre de ce processus.

### **A) Le diagnostic : assise de l'obligation de soigner**

L'établissement du diagnostic est une composante inhérente à l'obligation de soigner<sup>11</sup> du médecin. C'en est le point de départ<sup>12</sup>. C'est effectivement l'étape qui donnera l'opportunité au médecin d'évaluer si l'état de santé du patient présente une réelle problématique et nécessite un travail supplémentaire de sa part. C'est le processus qui lui permettra de cibler la maladie du patient d'après les symptômes apparents ainsi que les tests effectués et qui guidera le médecin dans la détermination des soins, services, ou traitements médicamenteux requis pour l'amélioration de sa condition. Afin d'évaluer la portée de cet acte médical<sup>13</sup> au sein de l'obligation de soigner du médecin, il convient donc d'abord de définir le diagnostic dans le contexte de la responsabilité civile médicale, pour ensuite traiter

---

<sup>11</sup> Le devoir de soigner du médecin se reflète notamment à l'article 3 du *Code de déontologie des médecins* : *Code de déontologie des médecins*, préc., note 4, art. 3.

<sup>12</sup> J.-P. MÉNARD, préc., note 1, à la page 258.

<sup>13</sup> Le processus d'élaboration du diagnostic est un acte médical s'inscrivant au sein l'exercice de la médecine consistant, selon l'article 31 al. 1 de la *Loi médicale*, RLRQ, c. M-9 : « à évaluer et à diagnostiquer toute déficience de la santé, à prévenir et à traiter les maladies dans le but de maintenir la santé ou de la rétablir chez l'être humain, en interaction avec son environnement. »

de l'intensité de l'obligation du médecin relativement à la détermination du diagnostic de son patient.

### *1) Définition du diagnostic*

En matière de responsabilité civile médicale, le diagnostic peut se définir comme étant : « l'opinion donnée par le médecin sur l'état de son patient, à la suite des révélations faites par ce dernier, des tests médicaux que celui-ci a pu subir et des propres observations du professionnel. »<sup>14</sup> En posant son diagnostic, le médecin peut par la suite offrir au patient les soins appropriés auxquels il a droit<sup>15</sup> et ainsi, poursuivre l'accomplissement de son devoir de soigner. Il se peut également que le diagnostic du patient recommande plutôt une abstention de toute intervention ou procédé thérapeutique supplémentaire.

Comme c'est la première phase qui guidera le médecin dans les soins subséquents à prodiguer au patient, cette étape de la démarche médicale requiert une grande diligence de la part du médecin: « Une fois le diagnostic établi, c'est que la maladie a été décelée. Il ne reste plus au praticien de la santé qu'à choisir le traitement le plus approprié compte tenu des données médicales actuelles. »<sup>16</sup> Un mauvais diagnostic est susceptible d'engendrer des conséquences indésirables et parfois même irréversibles pour le patient, telles « [qu'être] traité pour une maladie autre que celle dont il est atteint; [de n'être] pas soigné à temps pour la maladie dont il souffre; [de] recev[oir] des traitements inutiles qui peuvent représenter un danger pour lui »<sup>17</sup>.

Ainsi, afin d'éviter dans la mesure du possible que le patient subisse un préjudice grave relié à une erreur de diagnostic, le médecin doit faire preuve d'une « grande attention »<sup>18</sup> lors de l'élaboration de son diagnostic, en recourant aux méthodes d'examen appropriées et au

---

<sup>14</sup> Jean-Louis BAUDOUIN, Patrice DESLAURIERS et Benoît MOORE, *La responsabilité civile. Responsabilité professionnelle*, 8<sup>e</sup> éd., vol. 2, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2014, EYB2014RES149, n° 2-72 (La référence).

<sup>15</sup> *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, RLRQ, c. S-4.2, art. 5.

<sup>16</sup> Alain BERNARDOT et Robert P. KOURI, *La responsabilité civile médicale*, Sherbrooke, Les Éditions Revue de droit Université de Sherbrooke, 1980, n° 286, p. 196.

<sup>17</sup> J.-P. MÉNARD, préc., note 1, aux pages 252 et 253.

<sup>18</sup> *Code de déontologie des médecins*, préc., note 4, art. 46.

besoin, aux conseils de ses confrères, tel que prévu à l'article 46 du *Code de déontologie des médecins*<sup>19</sup>.

Après avoir recueilli toutes les informations nécessaires afin de forger son opinion concernant la condition du patient et à la lumière de celles-ci, le médecin pourra poser le diagnostic lui semblant le plus certain pour ensuite, s'il y a lieu, élaborer et proposer un plan de traitement à son patient pour tenter de le guérir<sup>20</sup>. Évidemment, le diagnostic, lequel émane d'un jugement que pose le médecin à un moment fixé dans le temps<sup>21</sup>, n'a pas un caractère permanent et est susceptible d'évoluer par la suite. Le juge Biron, citant l'auteur français Jean Penneau, dans l'affaire *Cloutier c. Ahad*<sup>22</sup>, rappelle d'ailleurs le caractère évolutif du diagnostic :

« Un diagnostic, en effet, en dehors des cas faciles, s'établit progressivement, par touches et corrections progressives. Le diagnostic d'un moment, qui aurait pu être erroné et faire prescrire un traitement néfaste, jalonnait la voie sur laquelle progresse habituellement le médecin. »<sup>23</sup>

Il est donc clair que l'étape de la détermination du diagnostic se retrouve au cœur de l'obligation de soigner du médecin : « [...] le médecin a deux grandes tâches à accomplir qui se succèdent dans le temps. Dans une première étape, il lui faut découvrir le mal, dans la seconde, il se doit de le combattre. »<sup>24</sup> Le diagnostic permet au médecin d'identifier la maladie et d'offrir par la suite au patient des « soins consciencieux, attentifs et conformes aux données acquises de la science »<sup>25</sup>.

Nous pouvons constater d'emblée que le caractère aussi décisif et central du diagnostic dans la prestation de soins de santé a probablement tendance à encourager certains médecins, notamment pour confirmer une évidence, tenter de contrer un risque de poursuites ou pallier

---

<sup>19</sup> *Id.*

<sup>20</sup> Le médecin n'ayant effectivement pas un « devoir de guérir », mais devant satisfaire à une obligation de moyens et offrir les soins les plus susceptibles d'aider le patient : *X. c. Mellen*, [1957] B.R. 389, 416.

<sup>21</sup> *Harewood-Green c. Spanier*, [1995] R.R.A. 147 (C.S.), confirmé par la Cour d'appel sous l'intitulé : *Wolkove c. Harewood-Green*, [2000] R.R.A. 864 (C.A.).

<sup>22</sup> *Cloutier c. Ahad*, [1980] n° AZ-80021250 (C.S.).

<sup>23</sup> *Id.*, p. 15.

<sup>24</sup> A. BERNARDOT et R. P. KOURI, préc., note 16, n° 285, p. 196.

<sup>25</sup> *X. c. Mellen*, préc., note 20, 416.

à un manque de connaissances<sup>26</sup>, à avoir recours à la prescription inutile et superflue d'examens diagnostiques. En effet, il peut s'avérer rassurant pour un médecin de voir son opinion confirmée par un examen complémentaire. Pourtant, tel qu'il en sera question au sein du présent essai, malgré que le diagnostic se trouve à la base de l'obligation de soigner du médecin, il est impossible d'exiger de ce dernier qu'il l'établisse avec une exactitude absolue<sup>27</sup>. Il n'est donc pas nécessaire pour le médecin de chercher à émettre une opinion dépourvue de toute incertitude quant à la condition de son patient.

## *2) Intensité de l'obligation du médecin quant au diagnostic*

L'acte médical du diagnostic consistant réellement en une évaluation par le médecin de signes, de symptômes et de données, voire un jugement que le médecin pose quant à la condition du patient à la lumière de divers facteurs, il est évident que l'on ne puisse s'attendre à ce que celui-ci soit infaillible: « [c]omme toute opinion, elle est évidemment susceptible d'inexactitudes. »<sup>28</sup> Il ne fait donc aucun doute que l'obligation du médecin à l'égard du diagnostic en est une de moyens et non de résultats. En effet, malgré un comportement irréprochable du médecin dans la conduite du processus global d'élaboration du diagnostic, qui sera plus amplement décrit ci-après, il n'est pas rare que la maladie affectant le patient ne puisse être établie avec précision et fiabilité : « Il arrive régulièrement que le diagnostic demeure imprécis malgré une démarche médicale appropriée. C'est pourquoi aucune obligation de résultat ne peut être imposée. »<sup>29</sup>

Dans cette optique et puisque l'exercice de la médecine comporte de nombreux aléas<sup>30</sup>, à la fois le patient et le médecin doivent savoir accepter qu'un diagnostic puisse être incertain ou incomplet<sup>31</sup>, plutôt que de chercher, en ayant recours notamment à des examens ou des procédés diagnostiques défensifs, inappropriés ou risqués, à diagnostiquer à tout prix. Force

---

<sup>26</sup> S. PHILIPS-NOOTENS, R. P. KOURI et P. LESAGE-JARJOURA, préc., note 6, n° 315.

<sup>27</sup> A. BERNARDOT et R. P. KOURI, préc., note 16, n° 289, p. 198.

<sup>28</sup> J.-L. BAUDOUIN, P. DESLAURIERS et B. MOORE, préc., note 14, n° 2-72.

<sup>29</sup> S. PHILIPS-NOOTENS, R. P. KOURI et P. LESAGE-JARJOURA, préc., note 6, n° 315.

<sup>30</sup> J.-L. BAUDOUIN, P. DESLAURIERS et B. MOORE, préc., note 14, n° 2-72.

<sup>31</sup> S. PHILIPS-NOOTENS, R. P. KOURI et P. LESAGE-JARJOURA, préc., note 6, n° 322.

est d'admettre que l'incertitude a toujours fait partie intégrante de la pratique de la médecine et qu'elle doit être prise en compte dans le choix des interventions proposées à un patient :

« En médecine, la prise de décision est souvent complexe et dépend à la fois de considérations scientifiques, de souhaits du malade, de préférences du médecin et d'influences extérieures de natures diverses, dont certaines n'ont aucune relation avec la décision à prendre.

[...] il est indispensable d'admettre l'importance de l'incertitude qui existe »<sup>32</sup>.

La recherche de la certitude absolue n'est pas souhaitable et peut entraîner, comme il en sera traité subséquemment, des pratiques et comportements inadéquats. Toutefois, la simple existence d'une grande variété d'examens diagnostiques avancés et précis rend probablement l'incertitude difficile à accueillir pour le patient et résulte souvent, tel qu'il en sera traité, en un usage immodéré de ceux-ci.

Nous verrons effectivement plus loin qu'une tendance bien présente, à la fois chez les patients et les médecins, à refuser qu'une incertitude quant au diagnostic puisse subsister malgré une démarche diagnostique irréprochable, ou à refuser qu'un malaise chez un patient ne puisse être expliqué, contribue fortement à la multiplication des recours à des examens diagnostiques inappropriés. Ceci accentue par le fait même les phénomènes du surdiagnostic et de la médecine défensive :

« As physicians, we are trained to fix things, and we fear the consequences of not doing so. Earlier diagnoses and more aggressive treatments appeal to our self-definition as fighters of illness [...].

The advent of more and fancier tests also helps us avoid what is often the most important and difficult part of family medicine: helping our patients live with uncertainty. [...] Because tests are available, we use them as therapy of a sort, giving hope to the patient that we will find an explanation for the symptoms instead of admitting that we do not know and might never know the exact cause of the problem. The tests might not contribute to diagnosis or treatment, but they make us (and the patient) believe we are "doing something". »<sup>33</sup>

---

<sup>32</sup> ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES, *Les systèmes de santé : à la recherche d'efficacité*, coll. « Études de politique sociale ; No 7 », Paris, O.C.D.E., 1990, p. 18.

<sup>33</sup> Margaret J. MCGREGOR et Danielle MARTIN, « Testing 1, 2, 3. Is Overtesting Undermining Patient And System Health ? », (2012) 58 *Canadian Family Physician* 1191, 1192.

## **B) La démarche d'élaboration du diagnostic médical**

Tel qu'il en sera question au titre C) de la présente partie, c'est la démarche menant à l'établissement du diagnostic médical qui est déterminante. En effet, au moment de se demander si le médecin a bel et bien rempli son obligation de moyens dans le cadre de son devoir de soigner, il faudra se demander si celui-ci a fait preuve de prudence et de diligence à chacune des étapes du processus d'élaboration du diagnostic, en recueillant et en interprétant toute l'information nécessaire pour le faire : « [c]'est l'analyse du comportement du médecin à chacune des étapes qui nous amène à identifier si le médecin s'est conformé ou non aux règles de l'art. »<sup>34</sup> Il est donc pertinent d'étudier en quoi consiste la démarche d'élaboration du diagnostic médical et les actions devant être posées par le médecin pour pouvoir le formuler, afin d'ensuite être en mesure de déterminer à quel moment l'erreur de diagnostic est susceptible de constituer une faute en responsabilité civile médicale.

### *1) Collecte de données*

Afin d'entamer la démarche diagnostique, le médecin doit, dans un premier temps, procéder à une anamnèse avec le patient et à un examen physique approprié. Dans un deuxième temps, afin de compléter la collecte de données quant à la condition du patient, le médecin pourra, au besoin et uniquement si cela s'avère nécessaire afin de pouvoir entre autres valider ou infirmer ses hypothèses quant à la maladie affectant le patient, recourir à des tests de laboratoires ou examens diagnostiques.

#### *a) Anamnèse*

L'anamnèse représente la première étape de la démarche d'élaboration du diagnostic, pendant laquelle le médecin pourra recueillir multiples renseignements notamment sur les motifs de la rencontre du patient, son état de santé actuel et antérieur, son historique familial, son mode de vie, etc.<sup>35</sup> Le médecin doit donc, en fonction des règles de l'art applicables à sa spécialité<sup>36</sup>, procéder à une anamnèse complète du patient, en étant grandement attentif et en

---

<sup>34</sup> J.-P. MÉNARD, préc., note 1, à la page 264.

<sup>35</sup> *Id.*, aux pages 267 et 268.

<sup>36</sup> Voir à titre d'exemple : *Gauthier c. Cordahi*, 2011 QCCS 1115. Dans cette décision, un ophtalmologiste n'a pas procédé à une anamnèse complète du patient et ne s'est pas enquis des antécédents du patient avant de

s'assurant de ne pas faire abstraction de certains renseignements fournis par le patient, lesquels pourraient avoir une incidence importante sur les investigations ultérieures du médecin : « [i]l ne doit à aucun prix négliger cette étape qui, d'une part, dirigera son examen physique et son investigation et qui, d'autre part, permettra au patient de se sentir écouté et compris. »<sup>37</sup> Par exemple, il serait négligent pour un médecin de faire abstraction d'un épisode de phlébite dont l'informe sa patiente, sans investiguer davantage, alors qu'il compte lui prescrire un contraceptif oral, moyen de contraception contre-indiqué dans de telles circonstances :

« 1) When the defendant examined female plaintiff in his office [...], he should not have ruled out phlebitis even if the symptoms reported by female plaintiff had by then disappeared.

2) Having been told by female plaintiff that Dr. Keyhan had diagnosed her condition as phlebitis, he should have communicated with Dr. Keyhan in order to obtain details of his diagnosis before proceeding further.

3) The information given to him by female plaintiff should have been a warning to him that the possibility of phlebitis or a history of phlebitis existed. »<sup>38</sup>

L'historique médical du patient est effectivement susceptible d'envoyer divers signaux d'alarme au médecin et il appartiendra à ce dernier, grâce à ses connaissances, de savoir les détecter. Le médecin doit donc écouter attentivement son patient, porter une attention particulière à ses plaintes<sup>39</sup> et faire un usage judicieux de l'information qui lui est transmise par celui-ci, à défaut de quoi sa responsabilité pourrait potentiellement être engagée.

Le médecin ne peut et ne doit évidemment pas investiguer et se questionner en profondeur sur chacune des informations données par un patient, mais devrait connaître les informations méritant une plus grande attention et une plus grande vigilance de sa part. Il devrait également être en mesure de savoir à quel moment une information donnée par un patient requiert une investigation plus poussée, notamment en ayant recours à des examens

---

procéder à l'intervention, alors que cela faisait partie des règles de l'art dans sa spécialité à l'époque. C'est ce qui était attendu d'un ophtalmologiste prudent et diligent placé dans les mêmes circonstances.

<sup>37</sup> S. PHILIPS-NOOTENS, R. P. KOURI et P. LESAGE-JARJOURA, préc., note 6, n° 316.

<sup>38</sup> *Schierz c. Dodds*, [1981] C.S. 589, 596.

<sup>39</sup> Voir à cet effet : *Gburek c. Cohen*, [1988] R.J.Q. 2424 (C.A.); *Lauzon c. Taillefer*, [1991] R.R.A. 62 (C.S.).

supplémentaires, tel qu'évoqué dans *Schierz c. Dodds*<sup>40</sup>. Il pourra donc être nécessaire pour le médecin d'évaluer, dès l'anamnèse, la pertinence de recourir ou non à des investigations complémentaires.

Le patient doit, quant à lui, collaborer avec le médecin et l'informer le plus précisément possible de sa condition : « [...] le malade doit mettre le praticien au courant des éléments relatifs à l'indisposition. [...] En dernier lieu, il doit exposer avec franchise toutes les douleurs, infirmités et symptômes dont il souffre, afin de permettre au médecin d'apprécier la nature et la gravité du mal. »<sup>41</sup> L'omission de divulguer certaines informations au médecin pourrait influencer ce dernier de manière erronée dans l'établissement du diagnostic et le pousser à prodiguer au patient un traitement qui n'est pas approprié. Il est donc primordial que le patient transmette au médecin « toutes les informations pertinentes au problème pour lequel il consulte »<sup>42</sup>. Le défaut de divulgation de certaines informations par un patient pourrait donc limiter la responsabilité du médecin relativement à une erreur de diagnostic<sup>43</sup>, ou encore l'exonérer complètement, comme dans le cas où le patient donnerait des informations inexactes au médecin, en ne divulguant pas les réelles circonstances qui l'amènent à consulter<sup>44</sup>.

Il ne faut toutefois pas oublier que les patients ne sont généralement pas des professionnels de la santé et que ceux-ci « ne possèdent pas les compétences nécessaires pour faire la nuance entre les informations banales et celles qui sont d'une importance capitale. »<sup>45</sup> Il est donc de la responsabilité du médecin de poser les questions nécessaires et indiquées pour mener ses interventions ultérieures. Il revient à ce dernier de guider le patient, à l'aide notamment d'un questionnaire complet, dans la conduite de son anamnèse, ce qui permettra au médecin de poursuivre sa démarche diagnostique dans la bonne direction :

---

<sup>40</sup> *Schierz c. Dodds*, préc., note 38.

<sup>41</sup> A. BERNARDOT et R. P. KOURI, préc., note 16, n° 330, p. 223 et 224.

<sup>42</sup> *St-Cyr c. Fisch*, [2003] R.J.Q. 1584, 1591 par. 34 (C.S.). La Cour d'appel a ultérieurement confirmé que le défaut de la patiente de collaborer pleinement avec ses médecins, en ne divulguant pas une information importante quant à sa condition, est un comportement fautif de celle-ci, contribuant à amoindrir la part de responsabilité du médecin : *Fisch c. St-Cyr*, 2005 QCCA 688, par. 93.

<sup>43</sup> *Id.*

<sup>44</sup> *Sirois c. Baillargeon*, [1992] n° AZ-50401724 (C.S.), dont l'appel a été rejeté : *Sirois c. Baillargeon*, [1996] n° AZ-97011094 (C.A.).

<sup>45</sup> A. BERNARDOT et R. P. KOURI, préc., note 16, n° 330, p. 224.



« [143] Or, s'il s'agissait là d'un élément important à l'opération qu'il devait effectuer, c'était à lui, le professionnel, de s'en informer et non au patient, le profane, de deviner [...]

[144] Il apparaît quelque peu incongru de vouloir aujourd'hui faire porter au patient la responsabilité de soulever une question dont seul un professionnel de la santé, bien au fait des tenants et aboutissants de l'opération, pouvait raisonnablement apprécier la pertinence. »<sup>46</sup>

On ne pourrait donc pas reprocher au patient de ne pas avoir transmis au médecin une information dont il ignorait la pertinence quant à sa condition ou quant aux interventions qu'il s'apprête à subir.

#### b) Examen physique

Une fois l'anamnèse effectuée, le médecin sera plus à même de réaliser l'examen physique ou mental du patient, en se basant notamment sur les premières informations recueillies sur la condition actuelle de celui-ci : « Une anamnèse bien menée lui permettra de diriger cet examen et de le limiter aux systèmes pertinents. »<sup>47</sup>

L'examen physique doit être effectué selon les normes de pratique admises et reconnues et d'une manière appropriée et complète<sup>48</sup>. Le médecin doit également s'efforcer de ne pas procéder à un examen expéditif et bâclé. En effet, la responsabilité du médecin risque d'être engagée s'il effectue un examen hâtif, comme ce fut le cas dans l'affaire *Garcia c. Soucy*<sup>49</sup>, où le médecin a conclu trop rapidement à un diagnostic de laryngo-trachéo-bronchite aiguë chez un jeune patient. Le médecin a alors renvoyé l'enfant à la maison, plutôt que de le garder en observation et de lui faire passer une radiographie qui était indiquée en pareille situation, pour éliminer le diagnostic d'épiglottite dont était véritablement atteint l'enfant. Le contexte actuel dans lequel les médecins sont appelés à pratiquer, où les contraintes de temps et les restrictions humaines et budgétaires font partie du quotidien, ne doit pas inciter ceux-ci à

---

<sup>46</sup> *Lépine c. Payette*, 2006 QCCS 5971, par. 143 et 144.

<sup>47</sup> S. PHILIPS-NOOTENS, R. P. KOURI et P. LESAGE-JARJOURA, préc., note 6, n° 317.

<sup>48</sup> *Massinon c. Ghys*, [1996] R.J.Q. 2258 (C.S.); François TOTH, « Responsabilité du médecin pour un diagnostic erroné : commentaires de l'affaire *Massinon c. Ghys* », (1997) 27 R.D.U.S. 309, 313; J.-P. MÉNARD, préc., note 1, à la page 277.

<sup>49</sup> *Garcia c. Soucy*, [1990] R.R.A. 243 (C.S.).

procéder à un examen précipité et trop sommaire, sous peine de voir leur responsabilité engagée.

Par ailleurs, il peut arriver qu'un examen physique approfondi ne soit pas recommandé vu la condition particulière du patient<sup>50</sup>. Il appartiendra donc au médecin d'évaluer si l'examen physique est opportun vu « l'état de son patient »<sup>51</sup> et s'il est sécuritaire d'y procéder dans l'environnement et les circonstances immédiates. L'état du patient peut en effet nécessiter que l'examen se déroule dans un autre milieu, où l'on retrouve des appareils plus spécialisés par exemple, ou en présence d'autres professionnels de la santé pour assister le médecin au besoin.

### c) Examens diagnostiques

Une fois l'anamnèse et l'examen physique du patient complétés, il est possible que le processus d'élaboration du diagnostic soit complet. En effet, il se peut que les informations recueillies à l'anamnèse et à l'examen du patient soient suffisantes pour que le médecin puisse établir son diagnostic et il appartient donc à ce dernier de juger de la pertinence d'avoir recours ou non à des examens diagnostiques supplémentaires, au regard des bienfaits et des inconvénients que ceux-ci peuvent apporter au patient. C'est probablement cet exercice qui est trop souvent négligé.

L'innovation technologique et le progrès en matière d'examens diagnostiques et de dépistage sont en évolution constante au sein de la communauté médicale et scientifique. Cet essor flagrant, notamment en imagerie médicale<sup>52</sup>, a une influence directe dans le processus d'élaboration du diagnostic du médecin. Les examens diagnostiques pouvant être prescrits par le médecin pour valider ou infirmer ses hypothèses émises suite à l'anamnèse et à l'examen physique du patient quant à la maladie affectant celui-ci étant effectivement de plus en plus nombreux, il est du devoir du médecin d'en faire un usage judicieux<sup>53</sup> :

---

<sup>50</sup> *Drapeau-Gourd c. Power*, [1982] n° AZ-82021200 (C.S.).

<sup>51</sup> J.-P. MÉNARD, préc., note 1, à la page 278.

<sup>52</sup> Voir à ce sujet : Hazel TAPP, Andrew MCWILLIAMS et Michael DULIN, « Patient Engagement and Informed Decision Making Regarding Medical Imaging », (2014) 75-2 *North Carolina Medical Journal* 114.

<sup>53</sup> *Code de déontologie des médecins*, préc., note 4, art. 12.

« Il peut s'agir d'abord d'examens d'imagerie médicale, allant de la radiographie simple à la tomodensitométrie (scan) et à la résonance magnétique. L'échographie a également fait des progrès spectaculaires et est utilisée aujourd'hui pour investiguer un grand nombre de conditions.

Les analyses de laboratoire jouent également un rôle important. Ainsi, le médecin prescrira fréquemment des analyses de la formule sanguine, de la biochimie du sang, des gaz artériels, de l'urine, etc. [...]

Dans certains cas, d'autres tests plus spécialisés sont nécessaires, tels les électro-myélogrammes (EMG), analyse vasculaires (doppler), etc. »<sup>54</sup>

Tel qu'il en sera traité plus loin, devant ces possibilités multiples qu'offre l'avancement scientifique aux médecins, il peut devenir aisé, pour certains, d'en faire un usage inapproprié, notamment pour satisfaire et rassurer le patient, tenter de se protéger de poursuites éventuelles, ou, dans le cas d'un manque de connaissances, pour partir à la pêche sans avoir la moindre idée du diagnostic potentiel. Bien que le recours à ces examens et investigations supplémentaires doive être justifié et ne devrait pas générer des risques disproportionnés<sup>55</sup> par rapport aux avantages qu'il peut procurer au patient<sup>56</sup>, nous verrons que divers facteurs entraînent de nombreux médecins à avoir recours à des tests diagnostiques de manière frivole et inefficace, en négligeant parfois leur obligation de renseignement à l'égard du patient.

Si certaines situations n'exigent pas du médecin qu'il prescrive des examens diagnostiques supplémentaires ou spécifiques, en raison notamment du caractère expérimental ou inhabituel de certains examens<sup>57</sup>, ou de la condition du patient qui ne le

---

<sup>54</sup> J.-P. MÉNARD, préc., note 1, à la page 279.

<sup>55</sup> Il est à noter qu'en matière d'examens diagnostiques comportant des risques pour le patient, celui-ci doit bien évidemment en avoir été informé préalablement par son médecin, afin que le patient puisse consentir à ceux-ci de manière libre et éclairée conformément à l'article 11 C.c.Q. : *Code civil du Québec*, L.Q. 1991, c. 64, art. 11; S. PHILIPS-NOOTENS, R. P. KOURI et P. LESAGE-JARJOURA, préc., note 6, n° 319.

<sup>56</sup> J.-P. MÉNARD, préc., note 1, à la page 280.

<sup>57</sup> À titre d'exemple, la Cour d'appel a confirmé qu'un médecin ne commet pas nécessairement une faute en ne recommandant pas à sa patiente d'avoir recours à un test qui n'est toujours qu'au stade expérimental : *Bérard-Guillette c. Maheux*, [1989] R.J.Q. 1758 (C.A.). La Cour n'a pas non plus retenu la faute d'un chirurgien oncologue spécialiste du cancer du sein de ne pas avoir prescrit une cytoponction et une ponction sous stéréotaxie à sa patiente, comme ce n'était pas des examens courants à l'époque : *Lauzon c. Ranger*, [2002] n° AZ-50153139, par. 57-60 (C.S.).

justifie pas<sup>58</sup>, d'autres situations requièrent que le médecin investigue davantage, à défaut de quoi sa responsabilité pourrait être engagée. En effet, comme les médecins doivent, selon leur *Code de déontologie*, avoir recours aux procédés scientifiques nécessaires pour établir leur diagnostic<sup>59</sup>, les tribunaux n'hésitent pas à reprocher aux médecins de ne pas avoir pris tous les moyens nécessaires pour confirmer que leur diagnostic était le bon<sup>60</sup>, ou encore de ne pas avoir eu recours à un examen diagnostique approprié, reconnu au sein de la communauté médicale<sup>61</sup>.

Malgré les avantages considérables que les nouvelles technologies peuvent procurer aux usagers du système de la santé, notamment en permettant de déceler de plus en plus tôt l'existence d'une maladie chez un patient et de déterminer avec plus de précision les divers problèmes de santé de ce dernier, celles-ci ne rendent pas automatiquement la démarche d'élaboration du diagnostic plus simple et ne devraient pas provoquer chez le médecin un sentiment injustifié d'infailibilité :

« Même si les nouvelles techniques diagnostiques représentent des risques de complications moindres et une fiabilité accrue, elles contribuent quand même à élargir, lorsqu'elles sont accessibles, les obligations du médecin en matière de diagnostic, particulièrement quant à son établissement et à sa fiabilité. »<sup>62</sup>

Au final, il reste du devoir du médecin de ne pas se laisser influencer par l'apparence de fiabilité renforcée des examens diagnostiques et leur potentiel de réductions d'erreurs dans la détermination d'une maladie. Il incombe à celui-ci de n'ordonner les examens diagnostiques pour son patient que si ceux-ci sont « médicalement nécessaires »<sup>63</sup>. C'est probablement là où le bât blesse. Il est effectivement aujourd'hui de plus en plus courant que le recours aux examens diagnostiques soit motivé par des facteurs extrinsèques à ce que

---

<sup>58</sup> Par exemple, il n'a pas été reproché au médecin le fait de ne pas avoir pris de radiographie alors que son patient s'est présenté avec une laceration à la main, puisque, à moins de circonstances particulières, il était d'usage de ne pas prendre de radiographie en présence d'une laceration : *Arsenault c. Ryback*, [1991] R.R.A. 685 (C.A.). Voir également : *Tremblay c. Claveau*, [1990] R.R.A. 268 (C.A.); *Bouchard c. Bergeron*, [1994] R.R.A. 967 (C.S.).

<sup>59</sup> *Code de déontologie des médecins*, préc., note 4, art. 46.

<sup>60</sup> Voir notamment : *Garcia c. Soucy*, préc., note 49; *Stéfanik c. Hôpital Hôtel-Dieu de Lévis*, [1997] R.J.Q. 1332 (C.S.); *Hôpital Notre-Dame de l'Espérance c. Laurent*, [1978] 1 R.C.S. 605.

<sup>61</sup> Voir notamment : *Massinon c. Ghys*, préc., note 48.

<sup>62</sup> J.-P. MÉNARD, préc., note 1, à la page 252.

<sup>63</sup> *Code de déontologie des médecins*, préc., note 4, art. 50.

requiert dans les faits la condition du patient et que le médecin s'éloigne, dans la prescription de ces tests diagnostiques, de ce qui est réellement requis pour établir le diagnostic approprié.

## 2) *Établissement du diagnostic*

### a) *Interprétation des données collectées*

Une fois que toute la collecte de données pertinentes a été effectuée et que le médecin a procédé à l'anamnèse, à l'examen physique et aux examens diagnostiques appropriés, le médecin doit évidemment prendre connaissance de l'ensemble des informations ainsi collectées, dans le but de forger son opinion pour établir un diagnostic vraisemblable. Il doit aller au bout de sa démarche diagnostique et prendre connaissance des résultats de tests demandés ou des examens effectués. Un médecin qui omettrait de prendre connaissance d'un rapport de laboratoire pourrait voir sa responsabilité engagée, comme ce fut le cas dans l'affaire *Suite c. Cooke*<sup>64</sup>, où le médecin n'a pas pris connaissance du rapport de pathologie suite à une ligature des trompes de sa patiente. Il n'a donc pas pu constater en temps opportun qu'il avait sectionné une veine plutôt qu'une trompe et par conséquent, n'a pas pu informer sa patiente de l'échec de l'intervention.

Par ailleurs, dans l'hypothèse où l'interprétation des données collectées ne serait pas suffisante pour permettre au médecin d'élaborer un diagnostic précis, celui-ci ne doit pas hésiter à consulter un collègue, dans certains cas plus spécialisé et qualifié que lui, tel qu'énoncé au *Code de déontologie des médecins*<sup>65</sup>. Le médecin qui fait défaut de consulter un collègue plus spécialisé, alors que la condition du patient est suspecte et semble l'indiquer, est en effet susceptible de voir sa responsabilité engagée<sup>66</sup>.

### b) *Divulgence du diagnostic au patient*

Lorsque le diagnostic peut être établi après avoir complété la démarche complète d'élaboration de celui-ci, à moins d'une cause le justifiant, notamment si le patient y renonce,

---

<sup>64</sup> *Suite c. Cooke*, [1993] R.J.Q. 514 (C.S.). Le jugement a été confirmé par la Cour d'appel : *Cooke c. Suite*, [1995] R.J.Q. 2765 (C.A.).

<sup>65</sup> *Code de déontologie des médecins*, préc., note 4, art. 42 et 46.

<sup>66</sup> *Montpetit c. Léger*, [2000] R.J.Q. 2582 (C.S.).

que le médecin considère que la divulgation du diagnostic causerait un préjudice important à son patient ou encore si la situation rend la divulgation impossible (urgence, inconscience du patient), il est du devoir du médecin de divulguer le diagnostic au patient directement, ou à son représentant légal. Les explications doivent être, dans la mesure du possible, données clairement pour que le patient puisse comprendre l'état de la situation et les diverses possibilités de traitement ou d'abstention de traitement s'offrant à lui, ainsi que les conséquences en découlant.

#### c) Contrôle et révision ultérieure du diagnostic initial

Le devoir du médecin en matière de diagnostic ne s'arrête toutefois pas une fois le premier diagnostic formulé. En effet, tel que nous en avons traité précédemment, la situation du patient est susceptible d'évoluer avec le temps. Le diagnostic établi au départ peut également, suivant la progression de la condition du patient, s'avérer ne pas avoir été le bon ou ne plus être adéquat et la poursuite constante du bon diagnostic est nécessaire. Le médecin doit donc s'assurer de suivre l'évolution de la condition de son patient pour pouvoir réévaluer son diagnostic au besoin et identifier la véritable maladie l'affectant : « [...] un diagnostic, c'est une hypothèse émise à un moment donné par un médecin. Si l'hypothèse s'avère inexacte, le diagnostic devra être repensé, refait. Il s'agit là d'une action positive de la part du médecin et non pas d'un geste passif. »<sup>67</sup>

### C) Droit à l'erreur dans la détermination du diagnostic médical

#### 1) *Erreur de diagnostic non fautive*

Comme l'obligation du médecin concernant l'établissement d'un diagnostic est une obligation de moyens, tout diagnostic erroné n'est donc évidemment pas synonyme de faute du médecin. Il serait en effet illogique et insoutenable pour le médecin de lui faire porter un aussi grand fardeau, alors que les risques d'erreurs sont toujours possibles<sup>68</sup>, malgré un comportement et une conduite de la démarche d'élaboration du diagnostic irréprochables. Afin de déterminer si un diagnostic erroné est attribuable à un comportement fautif ou non

---

<sup>67</sup> Harewood-Green c. Spanier, préc., note 21, 168.

<sup>68</sup> A. BERNARDOT et R. P. KOURI, préc., note 16, n° 289, p. 198.

du médecin, le résultat – le diagnostic définitif – n'est pas pertinent en soi. C'est plutôt le processus d'élaboration du diagnostic, dans sa globalité, qui devra avoir été effectué selon les règles de l'art. Le médecin devra avoir pris tous les moyens raisonnables pour tenter d'arriver à un bon diagnostic. Les propos de Jean Penneau, repris par la Cour dans l'affaire *Cloutier c. Ahad*<sup>69</sup>, évoquent bien l'indispensabilité que le médecin ait le droit à l'erreur dans l'opinion qu'il émet par rapport à la maladie affectant le patient :

« C'est certainement au chapitre du diagnostic que la jurisprudence est la plus tolérante. Et c'est ici qu'elle a le mieux vu les dimensions du problème.

Le diagnostic, en effet, est le résultat d'un jugement. Comme tel, il peut être erroné si le jugement est faux. En ce domaine, avec parfois des éléments qui, *a posteriori*, paraissent évidents, les plus savants, les plus compétents, les plus lucides et les plus diligents se trompent. Les plus grands parmi les Maîtres commettent journellement des erreurs de diagnostic. Ce n'est donc pas au plan du jugement, ni du résultat auquel il aboutit, qu'il faut comparer l'auteur de l'erreur de diagnostic et le modèle de référence. C'est au cours de l'élaboration du diagnostic que la comparaison doit se faire. Ce ne sont pas les résultats qu'il faut comparer, ce sont les moyens employés pour y parvenir. »<sup>70</sup>

L'erreur de diagnostic sera donc considérée comme non fautive quand « tous les examens qui devaient être faits l'ont été et suivant les règles de l'art. »<sup>71</sup> Un médecin qui aurait donc procédé de manière consciencieuse à toutes les étapes du processus d'élaboration du diagnostic énumérées précédemment, qui aurait fait preuve de prudence et de diligence et qui établirait un mauvais diagnostic, en raison notamment de l'imprécision de la science, ne serait donc pas fautif.

## 2) *Erreur de diagnostic constituant une faute*

Pour que la responsabilité d'un médecin soit engagée lors d'une poursuite en responsabilité civile pour une erreur de diagnostic, le patient devrait prouver que l'erreur de diagnostic constitue une faute du médecin, que celle-ci lui a causé un préjudice et qu'elle était causale du préjudice subi. Le résultat, le diagnostic erroné, n'est pas constitutif de faute

---

<sup>69</sup> *Cloutier c. Ahad*, préc., note 22.

<sup>70</sup> *Id.*, p. 15.

<sup>71</sup> *Id.*, p. 37.

du médecin et le patient devra donc plutôt établir que le médecin a été négligent dans le processus menant à l'élaboration du diagnostic.

L'erreur de diagnostic d'un médecin qui a fait preuve de laxisme au cours de l'une ou l'autre des étapes énumérées précédemment, notamment lors de la rencontre initiale avec le patient (à l'anamnèse ou à l'examen physique) ou lors de l'investigation plus poussée à l'aide d'examens diagnostiques, pourrait constituer une faute et permettre au patient d'être indemnisé si un préjudice lui a été causé. Le médecin qui pose un diagnostic erroné, car il n'a pas répondu à son obligation de moyens pour l'établir, en ayant recours par exemple à un questionnaire détaillé lors de l'anamnèse, à un examen physique approprié et aux tests diagnostiques apparaissant nécessaires pour déceler la maladie avec le plus de précision possible, serait vraisemblablement fautif :

« Cela se produit dès lors que, placé dans les mêmes circonstances, un médecin prudent et diligent n'aurait pas commis une telle erreur. À y regarder de plus près, il est aisé de constater que l'erreur de diagnostic fautive se rencontre plus particulièrement lorsque le médecin a agi à la hâte ou n'a pas employé les moyens d'investigation nécessaires pour établir avec plus de certitudes son opinion. »<sup>72</sup>

Plusieurs situations évoquées précédemment démontrent bien que le médecin a un droit à l'erreur non équivoque dans l'établissement du diagnostic, mais que ce droit à l'erreur n'est évidemment pas absolu. Toutes les étapes de la démarche d'élaboration du diagnostic doivent en effet être exécutées par le médecin avec prudence et diligence, à défaut de quoi son erreur pourrait lui être reprochée. Ne seront donc notamment pas excusés les comportements des médecins qui n'auraient pas une écoute attentive et rigoureuse lors de l'anamnèse<sup>73</sup>, procèderaient à un examen physique expéditif<sup>74</sup>, ne prendraient pas toutes les mesures pour confirmer leurs hypothèses<sup>75</sup>, auraient recours à des examens diagnostiques peu orthodoxes

---

<sup>72</sup> A. BERNARDOT et R. P. KOURI, préc., note 16, n° 292, p. 200.

<sup>73</sup> *Schierz c. Dodds*, préc., note 38; *Lauzon c. Taillefer*, préc., note 39.

<sup>74</sup> *Garcia c. Soucy*, préc., note 49.

<sup>75</sup> *Id.*; *Hôpital Notre-Dame de l'Espérance c. Laurent*, préc., note 60; *Stéfanik c. Hôpital Hôtel-Dieu de Lévis*, préc., note 60.



et non reconnus par la communauté médicale<sup>76</sup>, ou encore, feraient défaut de contrôler et de réévaluer leur diagnostic dans le temps<sup>77</sup>.

Dans cette optique, nous sommes portés à croire que pourraient être considérés comme fautifs les comportements de certains médecins qui, au cours de leur démarche diagnostique, tendent à prescrire des examens diagnostiques superflus, de manière routinière ou dans un but défensif (pour se protéger de poursuites potentielles). En effet, comme nous le verrons plus loin, nous ne croyons pas qu'il s'agit là d'une conduite prudente et diligente du médecin et il pourrait plutôt s'agir d'un manquement de celui-ci à son obligation de soigner.

Que l'erreur du diagnostic du médecin constitue ou non une faute, il est impératif, dans l'un ou l'autre des cas, que le médecin informe son patient de l'erreur commise, afin d'en limiter le plus possible les impacts sur la santé physique et psychologique de celui-ci et d'entreprendre, s'il y a lieu, des traitements pour corriger la situation. L'honnêteté du médecin en matière d'erreur de diagnostic est primordiale pour la santé du patient et est exigée par le *Code de déontologie des médecins*<sup>78</sup> et réitérée par ailleurs au sein de la *Loi sur les services de santé et services sociaux*<sup>79</sup>.

Le jugement *Kiley-Nikkel c. Danais*<sup>80</sup> démontre bien la gravité d'un comportement d'un médecin qui ne tente pas de limiter les conséquences négatives d'un diagnostic erroné et qui cache la vérité à sa patiente durant six ans. Dans cette affaire, le Dr Brown, qui a dissimulé l'erreur et qui a fait défaut de divulguer clairement à Madame Kiley-Nikkel qu'il a effectué une mastectomie non opportune, en se fiant aux analyses de laboratoire erronées du pathologiste Danais, a en effet fait perdurer un important préjudice psychologique chez la patiente :

« Pendant six ans, en effet, Mme Kiley a vécu dans la crainte d'une récurrence, de la propagation des cellules cancéreuses et d'une mort à brève échéance. [...]

---

<sup>76</sup> *Massinon c. Ghys*, préc., note 48.

<sup>77</sup> *Harewood-Green c. Spanier*, préc., note 21.

<sup>78</sup> *Code de déontologie des médecins*, préc., note 4, art. 56.

<sup>79</sup> *Loi sur les services de santé et services sociaux*, préc., note 15, art. 8 al. 2.

<sup>80</sup> *Kiley-Nikkel c. Danais*, [1992] R.J.Q. 2820 (C.S.).

Pendant ces années, elle devait se rendre régulièrement à une clinique de cancer, augmentant ainsi son stress et ses craintes. »<sup>81</sup>

Le Dr Brown, ayant manqué gravement à son obligation de renseigner, a laissé croire à sa patiente que la masse au sein qui lui avait été enlevée était maligne, ce qui a généré un stress important pour elle, ainsi que tout son entourage. Le médecin aurait dû, même si cette erreur de diagnostic était irréversible et qu'elle a causé un préjudice corporel important à la patiente, limiter les impacts de cette erreur, notamment en la divulguant clairement et complètement. En présence d'une erreur de diagnostic, le médecin se doit d'agir avec transparence et honnêteté envers le patient touché.

---

<sup>81</sup> *Id.*, 2833.

## **PARTIE 2: LA MULTIPLICATION DES RECOURS À DES EXAMENS DIAGNOSTIQUES INAPPROPRIÉS : SOURCES ET IMPACTS EN RESPONSABILITÉ MÉDICALE**

L'analyse approfondie de la notion du diagnostic en responsabilité civile médicale et de la démarche d'élaboration de celui-ci nous a permis de constater la place centrale de l'acte médical du diagnostic au sein de la prestation de soins de santé. Véritable assise de l'obligation de soigner, le diagnostic est le point de départ, qui déterminera ce que le médecin entreprendra ou non pour tenter de guérir le patient. Bien que le droit à l'erreur dans l'établissement du diagnostic soit non équivoque, les circonstances actuelles de la pratique de la médecine, ainsi que les croyances et craintes souvent injustifiées de certains médecins et patients, sont susceptibles d'altérer les modes de pratiques prudentes et diligentes des praticiens et de les pousser à faire une utilisation excessive et inappropriée des tests de laboratoires ou examens diagnostiques.

En effet, les phénomènes du surdiagnostic et de la médecine défensive contribuent de manière importante à accentuer l'utilisation inappropriée des tests diagnostiques disponibles. Il n'est certes pas rare que plusieurs médecins aient recours systématiquement aux examens diagnostiques, et ce souvent inutilement, pour gagner du temps, pour tenter de se mettre à l'abri d'une poursuite potentielle, pour tenter de limiter les erreurs pouvant survenir au cours de la démarche d'élaboration du diagnostic ou tout simplement par habitude. De nombreux examens diagnostiques supplémentaires peuvent également être occasionnés des suites d'un surdiagnostic de diverses maladies. Nous étudierons donc, au cours de cette partie, cette multiplication des recours à des tests de laboratoire et des examens diagnostiques inappropriés, encouragés par le surdiagnostic et la pratique d'une médecine dite défensive. Nous analyserons également les impacts potentiels de cette multiplication des recours aux examens diagnostiques inadéquats en responsabilité civile médicale.

### **A) La multiplication des recours inappropriés aux tests de laboratoire et aux examens diagnostiques : l'influence du surdiagnostic et de la médecine défensive**

Les tests diagnostiques présentant souvent une très grande précision et offrant des résultats de plus en plus détaillés, il est évident que bon nombre de médecins, souhaitant

notamment gagner du temps dans leur pratique, éviter les risques de poursuite, répondre aux attentes élevées et demandes parfois injustifiées des patients, y ont recours même si la condition du patient ne le requiert pas et que ces examens ne présentent aucune valeur ajoutée, ni pour le patient, ni pour le médecin :

« Le développement spectaculaire des technologies d'imagerie médicale au cours des dernières décennies a aussi son lot d'effets pervers. Des médecins prescrivent des tests d'imagerie médicale avant de procéder à une évaluation clinique complète, ou encore prescrivent des tests d'imagerie en donnant une information clinique incomplète, ce qui peut se traduire par des tests inutiles. Plusieurs médecins veulent être sûrs à 100%, confirmer ce qui est évident. « Une photo vaut mille mots. » »<sup>82</sup>

À ce titre, certaines mauvaises pratiques de la médecine, non souhaitables, voire même inacceptables pour les patients, soit celles du surdiagnostic et de la médecine dite défensive, accentuent l'importance du phénomène de la multiplication des recours inappropriés aux examens diagnostiques, venant ainsi faire ombrage aux nombreux bienfaits et avantages que les progrès technologiques peuvent procurer aux patients et aux médecins.

### *1) Surdiagnostic*

#### *a) Définition*

Le surdiagnostic est une pratique peu abordée, voire inexistante, en responsabilité civile médicale. Pourtant, cette pratique, intrinsèquement liée au recours par les médecins à des examens diagnostiques non pertinents dans la condition du patient, est de plus en plus décriée par plusieurs acteurs de la communauté médicale. Au Québec, l'AMQ en fait son principal combat depuis quelques années<sup>83</sup>. Il apparaît aujourd'hui primordial de lutter contre le surdiagnostic, phénomène engendrant non seulement des coûts faramineux pour le système de santé québécois<sup>84</sup>, représentés à la fois par des pertes monétaires importantes et des

---

<sup>82</sup> ASSOCIATION MÉDICALE DU QUÉBEC, *1<sup>er</sup> symposium québécois sur le surdiagnostic. Le surdiagnostic : constats et plan d'action*, 2014, p. 18, en ligne : <<https://www.amq.ca/documents/plan-action-final.pdf>> (consulté le 19 mai 2018).

<sup>83</sup> D'autres acteurs importants du milieu de la santé font aussi front commun avec l'AMQ pour s'attaquer au phénomène du surdiagnostic, notamment l'*Institut national d'excellence en santé et services sociaux*, l'*Institut national de santé publique* et l'*Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec : Id.*, p. 1.

<sup>84</sup> En octobre 2017, l'AMQ estimait que le surdiagnostic coûtait environ deux milliards de dollars par année, alors que l'ex-ministre de la santé Gaétan Barrette estimait plutôt à environ 600 millions de dollars

gaspillages de ressources humaines et matérielles considérables, mais étant également préjudiciable pour le patient.

Il semble encore complexe, à l'heure actuelle, de définir avec précision ce que l'on entend par « surdiagnostic ». En effet, les définitions diffèrent d'un auteur à l'autre, notamment dû au fait que le phénomène du surdiagnostic peut englober ou s'apparenter à d'autres phénomènes analogues<sup>85</sup>. Une définition semble toutefois prévaloir au sein de la communauté médicale et de la littérature à ce sujet et, selon l'AMQ, fait consensus, à quelques nuances près, depuis la première conférence internationale de 2013 pour la prévention du surdiagnostic<sup>86</sup>: « [l]e surdiagnostic survient quand, chez une personne, on diagnostique une maladie qui ne causera jamais ni symptôme, ni mort, ou qu'on pose tout geste qui n'apporte pas de valeur ajoutée à un traitement. »<sup>87</sup> [Nos soulignements]

On détecte alors des problèmes chez des patients à un « stade précoce et asymptomatique »<sup>88</sup> et « [...] dont la progression est hétérogène, y compris ceux dont l'évolution vers l'apparition de symptômes ou la survenance du décès est très lente ou nulle. »<sup>89</sup> La détection de ces problèmes asymptomatiques ne procure alors aucun avantage pour le patient et la maladie est diagnostiquée « sans qu'il y ait de bienfaits possibles à tirer du traitement précoce de la personne concernée. »<sup>90</sup> Au contraire, la découverte de ce problème peut s'avérer source de grandes inquiétudes et de stress pour le patient, nuisant par le fait même à son bien-être. La découverte de ce problème asymptomatique peut également

---

annuellement. La différence entre les estimations s'explique par le fait qu'il est encore difficile actuellement de définir avec précision ce qui est entendu par le terme « surdiagnostic » : M. STE-MARIE, préc., note 9, 18.

<sup>85</sup> Le concept du surdiagnostic peut souvent être confondu notamment avec les notions de « surtraitement », de « faux positifs », de « surutilisation », de « surmédicalisation » : Stacy M. CARTER, Wendy ROGERS, Iona HEATH, Chris DEGELING Jenny DOUST et Alexandra BARRATT, « The Challenge of Overdiagnosis Begins With its Definition », (2015) 350 *British Medical Journal* 869. Voir également : Malvinder S. PARMAR, « A Systematic Evaluation of Factors Contributing to Overdiagnosis and Overtreatment », (2016) 109-4 *Southern Medical Journal* 272, 272.

<sup>86</sup> ASSOCIATION MÉDICALE DU QUÉBEC, préc., note 82, p. 6.

<sup>87</sup> *Id.*

<sup>88</sup> Harminder SINGH, James A. DICKINSON, Guylène THÉRIAULT, Roland GRAD, Stéphane GROULX, Brendra J. WILSON, Olga SZAFRAN et Neil R. BELL, « Surdiagnostic : causes et conséquences en soins primaires », (2018) 64 *Le Médecin de famille canadien* 373, 375.

<sup>89</sup> *Id.*

<sup>90</sup> *Id.*, 374.

entraîner celui-ci dans une série de tests et investigations supplémentaires, présentant parfois des risques pour sa santé, ce qui n'est évidemment aucunement souhaitable.

Par la multiplication de prescription d'examens d'imagerie médicale, d'analyses de laboratoires ou de divers autres tests qui n'apportent pas de valeur ajoutée pour l'état du patient, il alors est maintenant fréquent que l'on détecte des maladies chez le patient que l'on n'aurait probablement jamais détectées autrement et qui, par ailleurs, ne se seraient jamais manifestées chez le patient (celui-ci n'aurait probablement jamais, ou du moins pas dans un avenir rapproché, ressenti de symptômes ou d'inconfort liés à cette maladie) :

« [...] [b]ien souvent on détecte, avec la multiplication des tests et des analyses de laboratoire, des anomalies qui ne causeraient aucun problème. On affirme même que le risque de mourir des effets secondaires de certains médicaments ou interventions est plus élevé que celui de la condition qu'on essaie de traiter. »<sup>91</sup>

Les maladies détectées dans un contexte de surdiagnostic ne constituent pas, à notre avis et contrairement à ce qu'en disent certains spécialistes<sup>92</sup>, des diagnostics erronés à proprement dit. En effet, le diagnostic qui est formulé à la suite d'une utilisation inappropriée d'examens complémentaires est une identification juste d'un problème asymptomatique, mais qui est toutefois issu d'une démarche au cours de laquelle le médecin n'a pas nécessairement agi avec prudence et diligence, vu son recours à examens diagnostiques injustifiés par la condition du patient. Il s'agit d'un diagnostic qui n'aurait pas eu lieu d'être, n'eut été des procédés d'investigation inappropriés utilisés, mais le surdiagnostic ne constitue pas selon nous un diagnostic erroné d'une maladie<sup>93</sup>.

#### b) Causes

Les facteurs encourageant le phénomène du surdiagnostic et ainsi, la multiplication des recours à des examens diagnostiques inappropriés, sont multiples. Les comportements de certains médecins et des patients, ainsi que le fonctionnement même de notre système de

---

<sup>91</sup> Claude CASTONGUAY, *La fin des vaches sacrées. Réflexions sur l'avenir du Québec*, Montréal, Les éditions La Presse, 2015, p. 86.

<sup>92</sup> Voir à cet effet : M. S. PARMAR, préc., note 85, 272.

<sup>93</sup> H. SINGH et al., préc., note 88, 374.

santé encourageant une utilisation excessive d'examens diagnostiques sont autant de facteurs qui contribuent à « l'inflation diagnostique »<sup>94</sup>. Pour tous ces facteurs toutefois, un point commun et caractéristique de cette problématique multifactorielle ressort, soit la « certitude fortement enracinée que « faire plus, c'est mieux ». »<sup>95</sup>

Le comportement et les mentalités bien ancrées de certains médecins sont indubitablement un facteur majeur encourageant le phénomène du surdiagnostic. Ces derniers sont formés pour évaluer la condition de santé de leurs patients, notamment grâce à l'anamnèse, à l'examen physique et aux examens diagnostiques, pour ensuite pouvoir identifier, le plus efficacement, leurs problèmes en vue d'offrir les meilleurs soins possibles<sup>96</sup>. Bien qu'aucune obligation de résultat ne leur soit imposée, comme nous en avons traité précédemment, certains médecins, sans doute attirés par la fiabilité et l'efficacité accrue de certains tests et motivés par la croyance selon laquelle chaque problème doit avoir une explication, ont recours à des examens diagnostiques superflus, notamment pour dissiper tout doute, pour confirmer un diagnostic évident ou pour diagnostiquer, identifier la maladie à tout prix : « We are looking hard to find something wrong because of the belief that early diagnosis—and subsequent intervention—improves health. »<sup>97</sup>

L'existence même des technologies avancées influence également le comportement des médecins et encourage le surdiagnostic de certaines maladies. Le seul fait d'avoir accès à des procédés diagnostiques à la fine pointe de la technologie incite plusieurs médecins à y avoir recours pour leurs patients, ne serait-ce que pour avoir plus d'assurance dans l'établissement de leur diagnostic<sup>98</sup>. Par ailleurs, en présence d'une panoplie de tests de plus en plus précis, il peut devenir complexe pour un médecin de justifier à son patient le fait de s'abstenir d'y avoir recours et de ne pas investiguer davantage, même si c'est ce que la condition du patient recommande réellement. En effet, le patient, de plus en plus informé (quoique souvent mal

---

<sup>94</sup> ASSOCIATION MÉDICALE DU QUÉBEC, préc., note 82, p. 7.

<sup>95</sup> *Id.*

<sup>96</sup> H. Gilbert WELCH, Lisa M. SCHWARTZ et Steven WOLOSHIN, *Overdiagnosed. Making People Sick in the Pursuit of Health*, Boston, Beacon Press, 2011, p. 234.

<sup>97</sup> *Id.*, p. 312.

<sup>98</sup> Iona HEATH, « Role of Fear in Overdiagnosis and Overtreatment – an essay by Iona Heath », (2014) 349 *British Medical Journal* g6123, g6124.

renseigné), notamment en raison de l'accessibilité à l'information via Internet<sup>99</sup>, a parfois connaissance de l'existence de certains tests diagnostiques et s'attend à des résultats concrets et à ce que le médecin les lui prescrive, notamment pour évacuer tout doute quant à sa condition :

« Le succès technologique a, lui aussi, une forte influence sur le processus de justification. Dans la culture médicale actuelle, davantage de justification serait nécessaire pour ne pas faire une investigation que pour en faire une en raison d'une faible tolérance sociale à l'incertitude [...]. [...] Ainsi, le médecin est souvent sous la pression de la bienfaisance envers son patient et d'une obligation de résultat qui rendent difficiles le refus de poser un acte (même s'il peut être considéré comme futile) quand les moyens pour le faire existent. »<sup>100</sup>

Tel qu'abordé précédemment, l'incertitude diagnostique fait assurément partie de l'exercice de la médecine, mais c'est une réalité qui demeure difficile à accepter pour le patient dont la santé est affectée. La simple idée de ne pas se faire prescrire d'examens supplémentaires, ou de se faire prescrire un examen particulier plutôt qu'un autre peut parfois être difficile à comprendre pour les patients et est susceptible de générer d'importantes frustrations, alors que le simple fait de passer un test particulier peut quant à lui s'avérer très rassurant. Il revient donc aux médecins de justifier leurs choix et d'expliquer les avantages et inconvénients reliés aux divers examens diagnostiques possibles, ainsi que la pertinence de recourir ou non à ceux-ci. Ceci implique donc qu'un dialogue ouvert, fluide et détaillé ait lieu entre le patient et son médecin. Pour plusieurs raisons, notamment par manque de temps, ceci n'est malheureusement pas toujours le cas et il est parfois plus simple et rapide pour le médecin, devant l'insistance et l'insécurité de son patient, de lui prescrire un test qui au final, n'offrira aucun avantage, ni aucune valeur ajoutée dans le diagnostic de la maladie de celui-ci<sup>101</sup>.

L'attitude et les croyances des patients jouent donc également un rôle important dans l'accentuation du phénomène du surdiagnostic. Il n'est pas rare que ceux-ci doivent faire face à de longs délais avant de pouvoir avoir accès à un médecin. Leurs attentes, lorsqu'ils

---

<sup>99</sup> M. J. MCGREGOR et D. MARTIN, préc., note 33, 1192.

<sup>100</sup> Victoria DOUDENKOVA et Jean-Christophe BÉLISLE-PIPON, « Surutilisation de l'imagerie médicale : une approche par principes pour une justification adaptée des examens radiologiques », (2015) 12 *Éthique et santé* 225, 230.

<sup>101</sup> M. J. MCGREGOR et D. MARTIN, préc., note 33, 1192.



parviennent à avoir un rendez-vous et à rencontrer un médecin, peuvent dans certains cas être très élevées et nombreux sont ceux qui s'attendent à ce que leur médecin pose immédiatement des gestes concrets pour identifier la source de leurs maux<sup>102</sup>. Ces gestes concrets et immédiats sont généralement associés au recours à des procédés diagnostiques plus poussés qui sont, dans l'esprit de plusieurs, synonymes de soins de qualité :

« Patient factors are related to the convictions, values, and individual needs expressed by patients. These include pressure from patients to have the test, prescription, or treatment that could be secondary to the access of online information, fear of aging, underlying anxiety, deconditioning or the concern that something may be wrong, and stress (social, family, or work related). Also, wanting peace of mind or lacking accessibility to the provider may influence patients' behavior. Patients may expect some sort of intervention, because they may view intervention as a sign of quality. »<sup>103</sup>

L'état de vulnérabilité dans lequel se retrouvent plusieurs patients face à la maladie, engendrant insécurité et désir d'avoir l'esprit tranquille, est susceptible d'exacerber les pressions que font ceux-ci à leur médecin pour avoir accès à des investigations supplémentaires. Nombreux sont ceux, toutefois, qui surestiment les bienfaits de celles-ci et négligent de prendre en considération les risques qui y sont souvent reliés<sup>104</sup>. Il revient donc au médecin de prendre le temps de rassurer le patient, souvent très anxieux et pressé d'identifier la source de ses problèmes, et de le conseiller avec assurance lorsqu'il est question d'évaluer s'il est pertinent ou non de le soumettre à différents tests.

Il est finalement impossible de traiter de la problématique du surdiagnostic sans aborder l'influence importante du fonctionnement bien établi du système de santé québécois sur celle-ci. De fait, le mode de rémunération prédominant des médecins, soit le paiement à l'acte, encourage nettement « l'augmentation du volume des activités, mais sans nécessairement contribuer à l'amélioration de la qualité et de la pertinence de ces actes. »<sup>105</sup> Ce mode de rémunération encourage peut-être la productivité, mais n'incite toutefois pas le médecin à passer plus de temps avec son patient pour lui expliquer adéquatement les avantages et les

---

<sup>102</sup> ASSOCIATION MÉDICALE DU QUÉBEC, préc., note 82, p. 14 et 15.

<sup>103</sup> M. S. PARMAR, préc., note 85, 272.

<sup>104</sup> M. STE-MARIE, préc., note 9, 18.

<sup>105</sup> ASSOCIATION MÉDICALE DU QUÉBEC, préc., note 82, p. 28.

inconvenients des gestes posés ou justifier la pertinence des tests prescrits. Selon André-Pierre Contandriopoulos, ce mode de rémunération « ne valorise pas la responsabilité professionnelle des médecins à l'égard de leurs patients »<sup>106</sup> et les incite à agir sous l'influence de motifs pécuniaires<sup>107</sup>. Ainsi, les médecins sont encouragés à faire plus d'actes, plus rapidement, parfois au détriment d'une information détaillée et complète au patient quant aux tests diagnostiques prescrits<sup>108</sup>.

### c) Importance du phénomène au sein de la pratique médicale québécoise

La problématique du surdiagnostic est bien réelle au sein de la pratique médicale québécoise<sup>109</sup> et l'état critique dans lequel nous nous retrouvons ne semble pas très différent chez nos homologues canadiens ou américains. Chaque jour, des patients sont donc entraînés dans une cascade de tests ou d'examens diagnostiques superflus, sans que ceux-ci en soient réellement conscients<sup>110</sup> :

« Chaque jour, des dizaines de tests, d'examens, et de traitements sont réalisés inutilement au Québec. Par exemple, une radiographie pour un mal d'épaule, une prise de sang de routine annuelle pour une personne âgée ou un test Pap de routine annuelle pour une femme de moins de 21 ans ou de plus de 70 ans ne sont plus recommandés. »<sup>111</sup>

Les exemples du phénomène du surdiagnostic au sein de la pratique médicale, lequel engendre une utilisation excessive d'examens diagnostiques au cours de la démarche diagnostique, sont nombreux et font pratiquement partie du quotidien de plusieurs spécialités.

L'utilisation systématique des échographies obstétricales au-delà du deuxième trimestre, chez des patientes dont la grossesse n'est pas à risque, en est un bon exemple. En effet, une récente étude réalisée par l'*Unité d'évaluation des technologies et des modes*

---

<sup>106</sup> M. STE-MARIE, préc., note 9, 16.

<sup>107</sup> *Id.*

<sup>108</sup> H. TAPP, A. MCWILLIAMS et M. DULIN, préc., note 52, 114; M. S. PARMAR, préc., note 85, 272.

<sup>109</sup> Fabienne PÉPIN, « Dossier Surdiagnostic et surtraitement. La médecine souffre d'une nouvelle maladie : la surmédicalisation », (2013) 34-16 *L'Actualité médicale* 12, 16.

<sup>110</sup> H. SINGH et al., préc., note 88, 373.

<sup>111</sup> M. STE-MARIE, préc., note 9, 16.

d'intervention en santé du CHU de Québec<sup>112</sup> a démontré que le recours systématique aux échographies obstétricales après le deuxième trimestre de grossesse, dans le cadre de suivis pour des patientes chez qui la grossesse n'est pas risquée, n'est pas recommandé par une majorité de guides de pratique clinique et n'est pas appuyée par des données probantes<sup>113</sup>. Cette pratique est toutefois courante chez plusieurs gynécologues obstétriciens du CHU de Québec, bien qu'elle ne procurerait aucun avantage pour les patientes. Ces échographies auraient comme but principal celui de rassurer les patientes et les médecins y auraient donc recours, bien que les guides de pratique clinique ne le recommandent pas, pour sécuriser celles-ci. Ceci n'aurait pourtant pour effet que d'entraîner la détection de données et informations inutiles à connaître vu la condition de la patiente<sup>114</sup>, qui peuvent, lorsqu'elles sont détectées, nécessiter d'autres tests pour celle-ci.

L'augmentation de l'incidence du cancer de la thyroïde serait également, selon plusieurs experts<sup>115</sup>, une conséquence directe du phénomène du surdiagnostic et liée à une utilisation parfois non pertinente d'examen diagnostiques très sensibles. En effet, les procédés diagnostiques pour la détection de cette maladie, notamment l'échographie thyroïdienne, étant de plus en plus sensibles et précis, il semble que l'on découvre maintenant de plus en plus de nodules ou formes bénignes du cancer de la thyroïde. Le taux de mortalité lié au cancer de la thyroïde demeurerait pourtant stable<sup>116</sup>, ce qui confirmerait que l'augmentation du nombre de cas de cancers de la thyroïde est probablement le résultat du surdiagnostic. Nous nous retrouvons donc face à un surdiagnostic de cancers papillaires, entraînant un

---

<sup>112</sup> CHU DE QUÉBEC-UNIVERSITÉ LAVAL, UNITÉ D'ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES ET DES MODES D'INTERVENTION EN SANTÉ, *Utilisation de l'échographie obstétricale pour le suivi d'une grossesse normale : recension des recommandations et des pratiques*, Rapport d'évaluation 01-17, 2017, Québec, en ligne : <[https://www.chudequebec.ca/getmedia/3d08495d-01ba-41b3-b63f-9c66655ed212/RAP\\_01\\_17\\_echo\\_obs\\_VF\\_2.aspx](https://www.chudequebec.ca/getmedia/3d08495d-01ba-41b3-b63f-9c66655ed212/RAP_01_17_echo_obs_VF_2.aspx)> (consulté le 21 août 2018).

<sup>113</sup> *Id.*, p. 13.

<sup>114</sup> M. STE-MARIE, préc., note 9, 16.

<sup>115</sup> Louise DAVIES et H. Gilbert WELCH, « Increasing Incidence of Thyroid Cancer in the United States, 1973-2002 », (2006) 295-18 *Journal of the American Medical Association* 2164, 2167; Juan P. BRITO, John C. MORRIS et Victor M. MONTORI, « Thyroid Cancer: Zealous Imaging has Increased Detection and Treatment of Low Risk Tumours », (2013) 347 *British Medical Journal* 18, 21; Ray MOYNIHAN, Jenny DOUST et David HENRY, « Preventing Overdiagnosis: How to Stop Harming the Healthy », (2012) 344 *British Medical Journal* 19; Stephen F. HALL, Jonathan IRISH, Patti GROOME et Rebecca GRIFFITHS, « Access, Excess and Overdiagnosis : the Case for Thyroid Cancer », (2014) 3-1 *Cancer Medicine* 154.

<sup>116</sup> J. P. BRITO, J. C. MORRIS et V. M. MONTORI, *id.*, 21.

traitement ultérieur de lésions pourtant « non mortelles »<sup>117</sup> et qui progressent généralement lentement<sup>118</sup>. Les nodules bénins ainsi détectés sont en effet, dans plusieurs cas, selon une étude effectuée au Japon, susceptibles de ne jamais se développer et régressent même chez plusieurs patients à l'étude<sup>119</sup>. On évoque que ces cas de cancers de la thyroïde ne se seraient probablement jamais manifestés chez le patient et que leurs risques pour la santé sont faibles<sup>120</sup>.

Ce surdiagnostic du cancer de la thyroïde est évidemment susceptible de causer énormément de stress pour les patients ainsi diagnostiqués, devant apprendre à vivre avec cette réalité difficile qu'entraîne un diagnostic de cancer, et peut faire en sorte que ceux-ci soient même soumis à des traitements, notamment à des chirurgies, qui n'auraient probablement jamais été requis, n'eut été de ce surdiagnostic. Pourtant, dans plusieurs cas, une abstention de traitement serait plus efficace<sup>121</sup>.

De nombreux cas de surdiagnostic ont par ailleurs pour effet d'encourager une utilisation accrue de divers examens d'imagerie médicale, dans des cas cliniques où ils ne s'avèreraient pourtant pas nécessaires. La prescription d'examens d'IRM, utilisés par des médecins pour expliquer des maux de dos de leurs patients, en est effectivement un bon exemple. En effet, une étude de 2013 réalisée par des chercheurs de l'Ontario et de l'Alberta<sup>122</sup> démontre que dans plus de la moitié des cas où l'on a recours à l'IRM pour tenter d'identifier l'origine des douleurs au bas du dos chez un patient, cette utilisation est inappropriée et injustifiée.

---

<sup>117</sup> F. PÉPIN, préc., note 109, 14.

<sup>118</sup> *Id.*

<sup>119</sup> Yasuhiro ITO, Takashi URNO, Keiichi NAKANO, Yuuki TAKAMURA, Akihiro MIYA, Kaoru KOBAYASHI, Tamotsu YOKOZAWA, Fumio MATSUZUK, Seiji KUMA, Kanji KUMA et Akira MIYAUCHI, « An Observation Trial Without Surgical Treatment in Patients with Papillary Microcarcinoma of the Thyroid », (2003) 13-4 *Thyroid* 381; S. F. HALL et al., « Access, Excess and Overdiagnosis : the Case for Thyroid Cancer », préc., note 115, 159.

<sup>120</sup> L. DAVIES et H. G. WELCH, préc., note 115, 2166.

<sup>121</sup> F. PÉPIN, préc., note 109, 14.

<sup>122</sup> Derek J. EMERY, Kaveh G. SHOJANIA, Alan J. FORSTER, Naghmeh MOJAVERIAN et Thomas E. FEASBY, « Overuse of Magnetic Resonance Imaging », (2013) 173-9 *Journal of the American Medical Association Internal Medicine* 823.

Par ailleurs, l'accroissement de l'utilisation de la TDM<sup>123</sup>, qui n'est pas sans inquiéter plusieurs professionnels de la santé vu les doses de radiations importantes auxquelles les patients sont exposés alors que ce n'est pas toujours requis par leur condition de santé, est un autre exemple de surdiagnostic faisant partie intégrante de la pratique médicale actuelle. L'utilisation plus courante de techniques d'imagerie médicale entraîne souvent la découverte de problèmes qui n'étaient pas liés<sup>124</sup> aux symptômes ayant amené le patient à consulter initialement : « [...] les techniques d'imagerie sont tellement sensibles qu'elles permettent de repérer d'innombrables bizarreries, baptisées « incidentalomes » ou « fortuitomes », parce qu'elles sont dues uniquement au hasard, n'ayant jamais donné de symptômes. »<sup>125</sup>

Bien évidemment, le phénomène du surdiagnostic entraîne un gaspillage important de ressources, mais a également des impacts non négligeables chez le patient. En effet, la découverte d'anomalies chez un patient, qui ne se seraient dans plusieurs cas jamais manifestées n'eut été de ce recours excessif aux examens diagnostiques, est susceptible d'entraîner le patient dans un cycle d'investigations, d'interventions et de traitements supplémentaires :

« Our diagnostic technologies are of such high resolution that we are discovering more ambiguous and surprise abnormalities. Both can lead to a cycle of more follow-up testings – including more scanning – revealing ever more ambiguous and surprise findings. And the bottom line is that more findings translates to more treatment – despite the fact that a lot of them represent overdiagnosis. »<sup>126</sup>

Une fois décelées et diagnostiquées, ces maladies qui n'auraient fort probablement jamais causé d'inconfort chez le patient, qui ne l'auraient jamais dérangé et qui n'auraient jamais entraîné son décès, peuvent donc nécessiter pour celui-ci des suivis additionnels, d'autres tests, une prise en charge, un traitement médicamenteux et parfois même, des interventions chirurgicales. Le patient devient donc « médicalisé », sans que ceci ne lui procure de bienfaits et doit alors vivre avec la connaissance d'une anomalie qui ne lui aurait probablement jamais

---

<sup>123</sup> R. SMITH-BINDMAN et al., préc., note 3.

<sup>124</sup> H. SINGH et al., préc., note 88, 374.

<sup>125</sup> Valérie BORDE, « Halte au surdiagnostic ! », (2014) 39-12 *L'Actualité* 28, 32.

<sup>126</sup> H. G. WELCH, L. M. SCHWARTZ et S. WOLOSHIN, préc., note 96, p. 67.

causé aucun problème. Ceci n'est donc pas sans occasionner stress et inquiétudes inutiles chez le patient, devant dorénavant vivre avec l'étiquette de la maladie.

## 2) Médecine défensive

### a) Définition

La pratique d'une médecine dite « défensive », probablement encouragée par la disponibilité de multiples tests diagnostiques, est un autre phénomène susceptible d'accentuer la multiplication des recours aux examens diagnostiques de manière inappropriée et superflue. En effet, bien que la jurisprudence en matière de responsabilité professionnelle ait assurément une visée éducatrice et permette de prévenir les lacunes et la récurrence de mauvaises pratiques<sup>127</sup>, les recours en responsabilité civile médicale contribuent également à entretenir une certaine « culture de la peur » et parfois à encourager les médecins à poser des actes, dans le but principal de mieux pouvoir se défendre à une poursuite.

Nous nous attarderons, dans le cadre de cet essai, à la pratique de la médecine défensive dite « positive »<sup>128</sup>, soit le fait pour un médecin de poser des gestes supplémentaires dans le cadre de sa démarche diagnostique, notamment en prescrivant des examens diagnostiques injustifiés vu la condition du patient, essentiellement pour se mettre à l'abri d'un recours en responsabilité médicale. Les comportements et les agissements du médecin deviennent alors motivés par le fait de tenter d'éviter à tout prix les risques de poursuites éventuelles d'un patient. L'*Association canadienne de protection médicale*, ci-après « **ACPM** » décrit la médecine défensive comme étant une pratique du médecin qui, par un recours à des examens superflus, « entraîne une faible probabilité de résultats anormaux, découle de la peur d'actions en justice [et] n'est ni nécessaire ni indiquée sur le plan médical. »<sup>129</sup>

---

<sup>127</sup> Jean-Louis BAUDOUIN, Patrice DESLAURIERS et Benoît MOORE, *La responsabilité civile. Principes généraux*, 8<sup>e</sup> éd., vol. 1, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2014, EYB2014RES3, n° 1-11 (La référence).

<sup>128</sup> Par opposition à une médecine défensive « négative », par laquelle le médecin, par peur de poursuites potentielles, éviterait de pratiquer dans certains champs ou certaines spécialités plus risquées ou de poser divers gestes et procédures plus complexes : Voir à ce sujet : Dominique DEMERS, *La médecine défensive. Fondement. Principes. Responsabilité médicale et Solutions*, mémoire de maîtrise, Sherbrooke, Faculté de droit, Université de Sherbrooke, 1996, p. 30-34.

<sup>129</sup> ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MEDICALE, *Guide des bonnes pratiques. Une « médecine défensive et de bons soins »*, en ligne : <<https://www.cmpa->

Pour des motivations particulièrement personnelles et indépendantes des intérêts réels du patient, il s'agit d'une pratique « qui conduit les médecins à prescrire des examens complémentaires le plus souvent inutiles, mais destinés, en cas de problème, à prouver aux juges qu'ils n'ont pas été négligents. »<sup>130</sup> Les médecins exerçant une médecine défensive commandent donc des tests de laboratoires ou divers examens diagnostiques injustifiés qui, souvent, seront simplement consignés au dossier du patient pour être utilisés en cas hypothétique de poursuite en responsabilité. Ceci dénote probablement une incompréhension de leur obligation de moyens et de la façon dont celle-ci est traitée par les tribunaux judiciaires.

#### b) Causes

Plusieurs médecins, craignant de voir leur responsabilité professionnelle engagée, ont alors tendance à poser différents gestes dans le cadre de leur démarche diagnostique, principalement dans le but de se prémunir contre un potentiel recours judiciaire d'un patient :

« Des craintes de toutes natures, qu'elles soient justifiées ou non, peuvent conduire le médecin à demander des examens ou des investigations inappropriées. Il ne s'agit pas toujours d'une bonne pratique médicale, particulièrement si cela reflète un manque évident de connaissance ou encore un désir (un peu naïf, sans doute) de se mettre à l'abri de poursuites judiciaires. »<sup>131</sup>

La peur du procès se retrouve donc au cœur de cette problématique et « [c']est le fondement principal de la pratique d'une médecine défensive. »<sup>132</sup> Pourtant, tel que nous l'avons vu, en présence d'une démarche d'élaboration du diagnostic consciencieuse et diligente, le médecin ne serait probablement pas tenu responsable du préjudice subi par un patient pour un diagnostic erroné. Ce désir de se mettre à l'abri de litiges civils apparaît donc injustifié, quoique bien présent au sein de la communauté médicale.

---

[acpm.ca/serve/docs/ela/goodpracticesguide/pages/patient\\_safety/Legal\\_liability/defensive\\_medicine\\_and\\_goo\\_g\\_care-f.html](http://acpm.ca/serve/docs/ela/goodpracticesguide/pages/patient_safety/Legal_liability/defensive_medicine_and_goo_g_care-f.html)> (consulté le 25 août 2018).

<sup>130</sup> Janine BARBOT et Emmanuelle FILLION, « La « médecine défensive » : critique d'un concept à succès », (2006) 24-2 *Sciences Sociales et Santé* 5, 8.

<sup>131</sup> S. PHILIPS-NOOTENS, R. P. KOURI et P. LESAGE-JARJOURA, préc., note 6, n° 321.

<sup>132</sup> D. DEMERS, préc., note 128, p. 14.

En effet, la croyance chez les médecins selon laquelle le nombre de poursuites en responsabilité médicale serait en hausse<sup>133</sup> et que les risques de recours en justice sont de plus en plus élevés, exacerbe fort probablement cette peur du procès et le désir de s'en protéger à tout prix, notamment en multipliant les tests diagnostiques. La médiatisation de recours contre un médecin, comportant souvent des propos intransigeants à l'égard de ceux-ci, joue également un rôle dans l'entretien de cette « culture de la peur » et de cette croyance selon laquelle les patients sont de plus en plus intraitables face aux comportements des médecins :

« Les gens s'imaginent peut-être que les poursuites sont en hausse à cause de reportages médiatisés portant sur des cas isolés à la fois notoires et onéreux. Même si le nombre de réclamations diminue, une seule poursuite de plusieurs millions de dollars suffit à fausser aussi bien notre perception du problème que les statistiques concernant les sommes allouées. »<sup>134</sup>

Cette croyance populaire selon laquelle la pratique de la médecine est aujourd'hui plus risquée et engendre plus de poursuites s'avère pourtant inexacte. Il ressort effectivement du rapport annuel de l'ACPM pour l'année 2015 que le nombre de poursuites en responsabilité médicale est en chute et que les recours civils sont même assez rares<sup>135</sup>. Les décisions en faveur du médecin sont aussi plus fréquentes que les décisions en faveur du patient<sup>136</sup>.

---

<sup>133</sup> Depuis plusieurs années, de nombreux praticiens ont effectivement tendance à croire que le nombre de poursuites en responsabilité médicale ou de plaintes à l'égard d'actes posés est en croissance. Voir à cet effet : Walter ROSSER, « La menace de poursuites. Quels en sont les effets sur l'exercice de la médecine familiale? », (1994) 40 *Le Médecin de famille canadien* 655, 656; CENTRE INTERUNIVERSITAIRE DE RECHERCHE EN ANALYSE DES ORGANISATIONS, *Enquête sur certaines pratiques médicales au Québec*, 2013, p. 33, en ligne : <<https://cirano.qc.ca/pdf/publication/2013RP-10.pdf>> (consulté le 25 juin 2018); FONDATION CANADIENNE POUR L'AMÉLIORATION DES SERVICES DE SANTÉ, *Mythe : Les poursuites pour faute professionnelle médicale minent le Canada*, 2006, en ligne : <<https://www.fcass-cfhi.ca/PublicationsAndResources/Mythbusters/ArticleView/06-03-01/70e601b8-487a-44d0-b390-4e4a0a453493.aspx>> (consulté le 25 juin 2018).

<sup>134</sup> FONDATION CANADIENNE POUR L'AMÉLIORATION DES SERVICES DE SANTÉ, *id.*

<sup>135</sup> Par exemple, le nombre de poursuites en responsabilité médicale est passé de 175 en 2011, à 163 en 2015 : ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MEDICALE, *Rapport annuel de l'ACPM 2015*, 2015, p. 37, en ligne : <[https://www.cmpa-acpm.ca/static-assets/pdf/about/annual-report/2015/16\\_AnnualReport-f.pdf](https://www.cmpa-acpm.ca/static-assets/pdf/about/annual-report/2015/16_AnnualReport-f.pdf)> (consulté le 4 août 2018). Au surplus, selon les rapports annuels de l'ACPM pour les années 2016 et 2017, le nombre de nouvelles actions en justice au Canada au cours des dernières années est demeuré assez stable et n'est pas en hausse : ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MEDICALE, *Rapport annuel 2016*, 2016, p. 12 et 13, en ligne : <[https://www.cmpa-acpm.ca/static-assets/pdf/about/annual-report/2016/17\\_2016\\_annual\\_report-f.pdf](https://www.cmpa-acpm.ca/static-assets/pdf/about/annual-report/2016/17_2016_annual_report-f.pdf)> (consulté le 23 octobre 2018); ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MEDICALE, *Rapport annuel 2017*, 2017, p. 9, en ligne : <[https://www.cmpa-acpm.ca/static-assets/pdf/about/annual-report/2017/18\\_com\\_2017\\_annualreport-f.pdf](https://www.cmpa-acpm.ca/static-assets/pdf/about/annual-report/2017/18_com_2017_annualreport-f.pdf)> (consulté le 23 octobre 2018).

<sup>136</sup> ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MEDICALE, *Rapport annuel 2017*, *id.*, p. 7.



Par ailleurs, la faible tolérance à l'incertitude diagnostique contribue aussi à accentuer la pratique d'une médecine défensive et à encourager nombreux médecins à ordonner des tests de laboratoires et examens diagnostiques superflus. Dans l'optique d'avoir le plus d'assurance possible dans l'établissement d'un diagnostic, d'offrir des soins de santé à la hauteur des attentes de leurs patients et par peur d'être lourdement blâmés pour un diagnostic inexact ou incomplet, ceux-ci auront donc tendance à utiliser les examens diagnostiques d'une manière défensive : « Doctors work every day in fear of missing a serious diagnosis and precipitating an avoidable tragedy for one of their patients. [...] with all the easy talk of naming and shaming, doctors are also afraid of being publicly pilloried. »<sup>137</sup>

Tel que mentionné précédemment, le manque de temps, problématique bien réelle au sein de la pratique médicale actuelle, ainsi que le mode de rémunération à l'acte contribuent également à la pratique d'une médecine défensive. Ces contextes de pratique de la médecine ne favorisant pas une discussion approfondie entre le médecin et le patient, ni une relation basée sur la confiance, encouragent plutôt une multiplication d'actes, faits rapidement. Ceci inclut la prescription de tests de laboratoires ou d'examens diagnostiques n'offrant aucune valeur ajoutée pour le diagnostic de la maladie du patient et qui seront simplement consignés au dossier celui-ci. Par ailleurs, plutôt que de prendre le temps nécessaire pour expliquer à un patient les effets bénéfiques ou négatifs d'un test que celui-ci s'apprête à subir, le médecin est parfois contraint de dispenser une information sommaire au patient quant à la procédure, pour ensuite s'empresse, dans certains cas, de faire remplir au patient un formulaire de consentement, uniquement parce que c'est ce qui lui est imposé en pareille circonstance :

« Dans de nombreux travaux, la question de l'information donnée au malade dans les pratiques de la « médecine défensive » occupe une place de choix. Cette information ne serait plus dispensée par un médecin « en son âme et conscience » à un patient donné, mais répondrait désormais à des contraintes « externes » (procédures de recueil de consentement, feuilles d'information standardisées) s'imposant à lui avec d'autant plus de force qu'elles revêtent le statut de « preuve » devant les tribunaux. »<sup>138</sup>

---

<sup>137</sup> I. HEATH, préc., note 98, g6124.

<sup>138</sup> J. BARBOT et E. FILLION, préc., note 130, 8.

Par souci de protection, on a donc tendance à obtenir un consentement du patient uniquement parce que c'est ce qui est légalement imposé et pour mieux pouvoir se défendre en cas de problème. Avec de tels formulaires de consentement, il pourra éventuellement être prouvé que le consentement du patient avait été obtenu, mais on peut toutefois douter que ce consentement ait été libre et éclairé<sup>139</sup>.

### c) Importance du phénomène au sein de la pratique médicale québécoise

La pratique de la médecine défensive étant influencée et motivée par les croyances et craintes personnelles à chaque médecin, il est difficile d'en mesurer l'ampleur au sein de la communauté médicale, car elle est souvent exercée de manière inconsciente<sup>140</sup>. Si l'existence de ce phénomène semble ne pas faire de doute aux États-Unis, y est largement documenté et y fait l'objet de nombreuses études<sup>141</sup>, notamment puisque le risque de poursuites y est élevé et que celles-ci sont souvent très coûteuses pour les médecins<sup>142</sup>, le phénomène de la médecine défensive demeure, malgré ses risques pour le patient, un phénomène peu abordé ou étudié au Québec:

« La pratique défensive est principalement observée dans les endroits où les risques de poursuite sont très élevés. Au Québec, le phénomène n'est pas vraiment évalué et peut être confondu avec la pratique liée à l'élimination de certains diagnostics lorsque le médecin procède par diagnostics différentiels. »<sup>143</sup>

Tel que nous en avons traité précédemment, comme les risques de poursuites en responsabilité médicale ne sont pas particulièrement élevés au Québec, il est possible que ce facteur fasse en sorte que l'on néglige, à tort, d'aborder cette pratique injustifiée de la médecine.

---

<sup>139</sup> S. PHILIPS-NOOTENS, R. P. KOURI et P. LESAGE-JARJOURA, préc., note 6, n° 212.

<sup>140</sup> Laura D. HERMER et Howard BRODY, « Defensive Medicine, Cost Containment, and Reform », (2010) 25-5 *Journal of General Internal Medicine* 470.

<sup>141</sup> Voir notamment à ce sujet : MASSACHUSETTS MEDICAL SOCIETY, *Investigation of Defensive Medicine in Massachusetts*, 2008, en ligne: <[http://www.massmed.org/advocacy/key-issues/professional-liability/defensive-medicine-report-2008-\(pdf,-829-kb,-19-pages\)/>](http://www.massmed.org/advocacy/key-issues/professional-liability/defensive-medicine-report-2008-(pdf,-829-kb,-19-pages)/>) (consulté le 4 août 2018); David M. STUDDERT, Michelle M. MELLO, William M. SAGE, Catherine M. DESROCHES, Jordon PEUGH, Kinga ZAPERT et Troyen A. BRENNAN, « Defensive Medicine Among High-Risk Specialist Physicians in a Volatile Malpractice Environment », (2005) 293-21 *Journal of the American Medical* 2609.

<sup>142</sup> MASSACHUSETTS MEDICAL SOCIETY, *id.*

<sup>143</sup> ASSOCIATION MÉDICALE DU QUÉBEC, préc., note 82, p. 36.

Le *Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations*, ci-après « **CIRANO** », est néanmoins l'un des rares acteurs à s'y être attardé au Québec au cours des dernières années. Cette étude de 2013 du CIRANO révélait notamment qu'il n'y a pas, à la lumière des données compilées, « [...] d'évidence quant à l'existence d'une pratique dite « défensive » mais il y a une tendance à la prudence chez ceux qui ont déjà fait l'objet d'une poursuite [...] »<sup>144</sup>. Il ressortait effectivement de cette enquête que, sur les 45% des répondants qui ont eu connaissance qu'un collègue a déjà été poursuivi, 24,91% ont conséquemment augmenté leur recours à des examens diagnostiques<sup>145</sup>. Selon cette même étude, il est toutefois inquiétant de remarquer que plusieurs médecins questionnés ont affirmé augmenter au quotidien leur prescription de tests de laboratoires ou d'examens diagnostiques, notamment en raison d'une crainte de poursuites en responsabilité médicale<sup>146</sup>.

Bien qu'il n'y ait pas d'évidence claire quant à une pratique marquée d'une médecine défensive au Québec, la simple présence, aussi minime soit-elle, de cette altération des modes de pratique de la médecine, n'en demeure pas moins alarmante. En effet, il nous apparaît clair que ce type de pratique n'a pas sa place au sein d'une pratique médicale responsable et éthique, notamment pour des raisons d'optimisation des ressources et surtout de limitation des inconvénients et risques pour la santé des patients. En ayant recours, par mesures défensives, à des examens diagnostiques non nécessaires, allant de simples radiographies à la TDM ou même à certaines procédures invasives comme des biopsies<sup>147</sup>, les médecins exerçant une médecine défensive exposent indubitablement les patients à des risques inutiles et de possibles complications.

#### **B) Analyse des impacts de la multiplication des recours à des examens diagnostiques inappropriés en responsabilité médicale**

Tel qu'il en a été question à la première partie de cet essai, le défaut pour un médecin de ne pas avoir eu recours à un examen diagnostique alors que l'état du patient le nécessitait fait

---

<sup>144</sup> CENTRE INTERUNIVERSITAIRE DE RECHERCHE EN ANALYSE DES ORGANISATIONS, préc., note 133, p. 50.

<sup>145</sup> *Id.*, p. 34.

<sup>146</sup> *Id.*, p. 18.

<sup>147</sup> D. M. STUDDERT et al., préc., note 141, 2613.

l'objet de nombreuses décisions jurisprudentielles<sup>148</sup>. Lorsque cette abstention d'avoir eu recours aux méthodes d'investigation appropriées est causale d'un préjudice pour le patient, elle est évidemment susceptible d'engendrer la responsabilité du médecin. À l'inverse, nous verrons à présent que le recours à des tests de laboratoires ou des examens diagnostiques injustifiés par la condition du patient, motivé par des facteurs étrangers aux indications médicales généralement reconnues, pourraient devenir, à notre avis, à la base de poursuites en responsabilité civile médicale.

En effet, lorsqu'il a recours à des examens diagnostiques dans le cadre de sa démarche d'élaboration du diagnostic, « [e]n aucun cas, le médecin ne [devrait] négliger les risques, peut-être inutiles, qu'il s'apprête à faire subir au patient. Son seul souci devrait être d'agir en conformité avec les normes médicales généralement reconnues. »<sup>149</sup> Le recours par un médecin à certains examens complémentaires inopportuns, étant susceptibles de complications et de faire courir des risques importants pour les patients, pourrait donc devenir générateur de responsabilité, dans l'éventualité où la réalisation d'un risque causerait préjudice au patient. De fait, le recours à des examens diagnostiques n'apportant aucune valeur ajoutée vu la condition du patient, utilisés fréquemment dans un but défensif, qui causerait préjudice à un patient, est un comportement qui pourrait, selon nous, constituer un manquement du médecin à son obligation d'informer le patient et d'obtenir son consentement libre et éclairé, ou encore un manquement à son obligation de soigner.

*1) Manquement à l'obligation d'informer le patient et d'obtenir son consentement libre et éclairé*

L'inviolabilité, l'intégrité et l'autonomie de la personne sont des principes fondamentaux et largement reconnus en droit québécois. Ce sont effectivement des droits garantis par la *Charte des droits et libertés de la personne*<sup>150</sup>, ainsi que le *Code civil du Québec*<sup>151</sup>. Découle de ces droits la nécessité pour le médecin d'informer et de renseigner le

---

<sup>148</sup> *Supra*, note 60.

<sup>149</sup> S. PHILIPS-NOOTENS, R. P. KOURI et P. LESAGE-JARJOURA, préc., note 6, n° 321.

<sup>150</sup> *Charte des droits et libertés de la personne*, RLRQ, c. C-12, art. 1 : « Tout être humain a droit à la vie, ainsi qu'à la sûreté et à la liberté de sa personne. »

<sup>151</sup> *C.c.Q.*, préc., note 55, art. 10 al. 1.

patient adéquatement, en vue d'obtenir par la suite le consentement libre et éclairé de celui-ci, avant de lui porter atteinte et d'entreprendre quelconques soins, lorsque la situation du patient le justifie bien évidemment<sup>152</sup>.

Les articles 10 et 11 du C.c.Q. sont à la base de l'obligation du médecin d'éclairer convenablement le patient quant à tout examen, investigation, intervention, ou traitement et d'obtenir son consentement préalablement à leur accomplissement :

**10.** Toute personne est inviolable et a droit à son intégrité.

Sauf dans les cas prévus par la loi, nul ne peut y porter atteinte sans son consentement libre et éclairé.

**11 al. 1.** Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examen, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention. Sauf disposition contraire de la loi, le consentement n'est assujéti à aucune forme particulière et peut être révoqué à tout moment, même verbalement.

Le *Code de déontologie des médecins* prévoit également spécifiquement, aux articles 28 et 29, l'obligation pour le médecin d'obtenir le consentement libre et éclairé du patient et établit par ailleurs ce sur quoi l'information que le médecin doit donner à son patient devrait porter :

**28.** Le médecin doit, sauf urgence, avant d'entreprendre un examen, une investigation, un traitement ou une recherche, obtenir du patient ou de son représentant légal, un consentement libre et éclairé.

**29.** Le médecin doit s'assurer que le patient ou son représentant légal a reçu les explications pertinentes à leur compréhension de la nature, du but et des conséquences possibles de l'examen, de l'investigation, du traitement ou de la recherche qu'il s'appête à effectuer. Il doit faciliter la prise de décision du patient et la respecter.

Le médecin doit donc, quant à toute intervention qu'il s'appête à poser, et ce même quant aux tests de laboratoire ou examens diagnostiques prescrits, prendre le temps de

---

<sup>152</sup> En effet, en cas d'urgence par exemple, le consentement de la personne pourrait ne pas être nécessaire, notamment s'il est impossible de l'obtenir en temps opportun et que sa vie est en danger. Lorsque les circonstances sont telles que le médecin n'a pas le temps d'informer le patient et d'obtenir son consentement ou que le patient n'est pas en mesure d'entendre l'information concernant les soins qui lui seront prodigués, l'obligation d'informer le patient et d'obtenir son consentement est évidemment atténuée et l'état de nécessité justifie le fait d'agir sans consentement préalable de la personne: *Id.*, art. 13.

discuter avec son patient, pour lui permettre de participer aux décisions : « Il s'agit de fournir une information suffisante pour permettre de prendre la meilleure décision possible, de promouvoir le respect de la personne, d'assurer que ses droits sont pris en considération et valorisés. »<sup>153</sup>

Le médecin a non seulement pour tâche d'informer concrètement le patient quant à la nature et le but des actes qui seront posés, mais a également un devoir de recommandation<sup>154</sup> envers celui-ci. Le médecin a effectivement le devoir de conseiller le patient<sup>155</sup> quant à la pertinence de subir ou non une intervention ou de subir une intervention plutôt qu'une autre (en l'informant par exemple des différentes options qui s'offrent à lui)<sup>156</sup>. Le patient doit également avoir l'occasion de poser des questions, auxquelles le médecin devra répondre, le cas échéant<sup>157</sup> :

« En premier lieu donc, le médecin doit donner au patient une information suffisamment précise sur la nature exacte de l'intervention et le but poursuivi par celle-ci. [...] S'il ne doit pas nécessairement entrer dans tous les détails techniques, souvent difficilement compréhensibles ou assimilables pour le profane, le praticien doit néanmoins dévoiler ceux qui sont essentiels et répondre aux questions de son patient. »<sup>158</sup>

Au surplus, il incombe également au médecin, dans le cadre de son obligation de renseignement à l'égard du patient, de dévoiler les risques reliés à l'intervention envisagée. Le médecin devra alors informer le patient de la nature du risque (en quoi celui-ci consiste, quelles séquelles pour la santé du patient peut-il entraîner), de la gravité et de la fréquence de celui-ci et de la probabilité qu'il se réalise<sup>159</sup>. Par exemple, si le risque comporte des conséquences graves pour le patient, comme une paralysie ou la mort<sup>160</sup>, même s'il s'agit d'un risque dont la survenance est très rare, ces conséquences importantes peuvent jouer un rôle déterminant dans la décision du patient de subir l'intervention ou non<sup>161</sup> et il est donc

---

<sup>153</sup> S. PHILIPS-NOOTENS, R. P. KOURI et P. LESAGE-JARJOURA, préc., note 6, n° 179.

<sup>154</sup> *Labrie c. Gagnon*, [2002] R.R.A. 158 (C.S.).

<sup>155</sup> Robert P. KOURI et Suzanne PHILIPS-NOOTENS, *L'intégrité de la personne et le consentement aux soins*, 4<sup>e</sup> éd., Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2017, EYB2017ICS11, n° 265 (La référence).

<sup>156</sup> *Chouinard c. Landry*, [1987] R.J.Q. 1954 (C.A.).

<sup>157</sup> *Hopp c. Lepp*, [1980] 2 R.C.S. 192.

<sup>158</sup> J.-L. BAUDOUIN, P. DESLAURIERS et B. MOORE, préc., note 14, n° 2-54.

<sup>159</sup> R. P. KOURI et S. PHILIPS-NOOTENS, préc., note 155, n° 319.

<sup>160</sup> *Id.*, n° 323.

<sup>161</sup> *Currie c. Blundell*, [1992] R.J.Q. 764, 771 (C.S.).

nécessaire pour le médecin de le dévoiler<sup>162</sup>. La question de l'étendue des risques à dévoiler au patient pour lui permettre d'obtenir une information suffisante quant à l'intervention à être subie fait l'objet d'une abondante jurisprudence et nombreuses interprétations doctrinales en la matière, notamment depuis les décisions de la Cour suprême rendues en 1980, soit *Hopp c. Lepp*<sup>163</sup> et *Reibl c. Hughes*<sup>164</sup>. Bien que l'étude de cette question ne fasse pas l'objet de cet essai, nous en retiendrons, pour l'essentiel, qu'« [e]n droit civil québécois, le médecin est tenu de fournir à son patient toute l'information qu'un médecin raisonnablement prudent et diligent aurait fournie dans des circonstances identiques »<sup>165</sup>, mais tout en tenant compte « caractéristiques individuelles propres à chaque patient. »<sup>166</sup>

L'ensemble de ces renseignements fournis par le médecin permettront au patient de comprendre notamment la nature, le but et les conséquences de l'intervention suggérée et ainsi, lui permettre d'y consentir, ou de la refuser, de manière libre et éclairée. Le consentement du patient doit quant à lui être non équivoque et « sa validité repose sur la connaissance et la compréhension par le patient des renseignements qui lui sont transmis. »<sup>167</sup>

Dans cette optique, un médecin qui, dans le contexte du surdiagnostic, prescrirait consciemment un examen diagnostique injustifié compte tenu de la condition du patient, dans le but premier de gagner du temps, de confirmer une évidence, de dissiper des craintes infondées du patient ou de répondre aux pressions indues de ce dernier, sans informer le patient du véritable objectif à l'origine de l'intervention, ne respecterait pas entièrement, à notre avis, son obligation de renseignement à l'égard du patient. Au même titre, un médecin qui, dans le cadre d'une pratique consciente de la médecine défensive, prescrirait un examen diagnostique dans le but principal de se protéger contre de potentielles poursuites, ferait défaut de dévoiler le but réel de l'examen demandé, contrairement à ce que commande l'article 29 du *Code de déontologie des médecins*<sup>168</sup>, lequel prévoit notamment que le

---

<sup>162</sup> *Hopp c. Lepp*, préc., note 157, 209.

<sup>163</sup> *Hopp c. Lepp*, préc., note 157.

<sup>164</sup> *Reibl c. Hughes*, [1980] 2 R.C.S. 880.

<sup>165</sup> J.-L. BAUDOUIN, P. DESLAURIERS et B. MOORE, préc., note 14, n° 2-50.

<sup>166</sup> *Id.*

<sup>167</sup> S. PHILIPS-NOOTENS, R. P. KOURI et P. LESAGE-JARJOURA, préc., note 6, n° 203.

<sup>168</sup> *Code de déontologie des médecins*, préc., note 4, art. 29.

médecin doit s'assurer que le patient a bien compris le but véritable de l'examen envisagé. Il s'agirait donc d'un comportement fautif du médecin, celui-ci n'ayant pas adéquatement rempli son obligation de renseignement, pouvant ainsi engendrer sa responsabilité.

Par ailleurs, face aux taux importants d'examens diagnostiques non pertinents révélés par les statistiques<sup>169</sup> et aux cas fréquents de surdiagnostic évoqués précédemment, nous doutons grandement que les patients soient toujours informés de manière adéquate des risques liés aux examens diagnostiques qui leur sont prescrits. Si certaines procédures diagnostiques sont courantes et banales, d'autres entraînent une exposition à des doses de radiation importantes, sont invasives, présentent des chances de complications ou d'effets secondaires<sup>170</sup>, qui, nul besoin de le rappeler, doivent être dévoilés préalablement au patient. D'autres examens diagnostiques comportent par ailleurs des risques de découverte d'anomalies bénignes diverses et incidemment, un surdiagnostic de différentes maladies, pouvant entraîner le patient dans un cycle d'investigations et traitements supplémentaires non justifiés. Un médecin qui n'informerait pas convenablement son patient de ces risques manquerait conséquemment à son obligation de renseignement envers ce dernier.

Ainsi, un patient qui n'aurait pas été valablement informé du but réel derrière l'examen diagnostique prescrit, ou des risques étant reliés à celui-ci, et qui subirait un préjudice suite à ce test diagnostique pourrait donc tenter d'en tenir le médecin responsable, sur la base de la violation de son obligation d'informer. En effet, un tel manquement au devoir de renseignement pourrait être assimilable à un comportement fautif<sup>171</sup>, qui, lorsqu'il en résulte un préjudice, entraîne l'obligation pour le médecin de le réparer<sup>172</sup>.

La preuve de la faute d'un médecin d'avoir fait défaut de dévoiler le but réel derrière la prescription d'un examen diagnostique, comme le fait de l'avoir prescrit uniquement pour

---

<sup>169</sup> *Supra*, p. 2.

<sup>170</sup> S. PHILIPS-NOOTENS, R. P. KOURI et P. LESAGE-JARJOURA, préc., note 6, n° 319.

<sup>171</sup> Le fait pour le médecin d'avoir procédé à l'intervention de manière prudente et diligente n'aura alors pas d'importance et ne viendrait pas l'exonérer, puisque l'analyse de faute dans une telle situation s'évalue en fonction de l'obligation de renseignement du médecin : J.-L. BAUDOUIN, P. DESLAURIERS et B. MOORE, préc., note 14, n° 2-68.

<sup>172</sup> *Chouinard c. Landry*, préc., note 156.



confirmer une évidence ou pour répondre à des attentes déraisonnables du patient, ou encore de l'avoir prescrit défensivement, est toutefois susceptible de s'avérer particulièrement difficile à faire pour le patient, à qui incombera le fardeau de la preuve<sup>173</sup>. Ceci signifie pour le patient de prouver que le médecin ait volontairement omis de dévoiler le but principal derrière l'ordonnance d'un examen diagnostique injustifié. Or, ceci implique que le médecin ait été pleinement conscient du but premier dans lequel il prescrivait cet examen. Tel que nous en avons toutefois traité précédemment, le recours à des examens diagnostiques injustifiés, que ce soit dans un contexte de surdiagnostic ou de la pratique d'une médecine défensive, relève souvent de pratiques routinières ou d'une pratique inconsciente d'une médecine défensive, influencée par ailleurs par des facteurs systémiques et des croyances fortement ancrées dans l'esprit des professionnels de la santé. Nous croyons donc que cet exercice peut s'avérer particulièrement complexe et c'est probablement là où les chances de succès d'un tel recours sont amoindries.

Si le patient parvient malgré tout à prouver la faute du médecin, il lui importera ensuite d'établir le lien de causalité entre la faute de ce dernier, soit de ne pas lui avoir donné l'opportunité de consentir de manière éclairée à l'examen diagnostique en question (en ayant négligé de dévoiler le véritable but derrière la prescription de l'examen diagnostique ou les risques de celui-ci) et le préjudice qu'il a subi. En effet, le patient devra parvenir à prouver, selon la prépondérance de preuve<sup>174</sup>, qu'il n'aurait pas accepté de passer l'examen en question s'il avait été au courant du but réel derrière celui-ci, ou des risques qui ne lui ont pas été divulgués<sup>175</sup>. Pour ce faire, le test de « subjectivité rationnelle » pourra être appliqué<sup>176</sup>, lequel : « consiste à déterminer et à apprécier, en fonction de la nature du risque et de la preuve, quelle aurait été la réponse raisonnablement probable du patient en l'instance, et non de l'homme raisonnable dans l'abstrait au sens de *Reibl c. Hughes*. »<sup>177</sup>

---

<sup>173</sup> 2803 C.c.Q.

<sup>174</sup> 2804 C.c.Q.

<sup>175</sup> J.-L. BAUDOUIN, P. DESLAURIERS et B. MOORE, préc., note 14, n° 2-69.

<sup>176</sup> Lequel test combine en quelques sortes le critère objectif apporté par la Cour suprême dans la décision *Reibl c. Hughes* et le critère subjectif pour évaluer le comportement du patient.

<sup>177</sup> *Pelletier c. Roberge*, [1991] R.R.A. 726, 734 (C.A.); Cette approche a encore récemment été consacrée par la Cour d'appel : *M. G. c. Pinsonneault*, 2017 QCCA 607, par. 146.

## 2) Manquement à l'obligation de soigner

Nous avons abordé en profondeur, au sein de la première partie de cet essai, les principes généraux relatifs à l'élaboration du diagnostic médical, lequel s'inscrit au sein de l'obligation de soigner du médecin. Il ressort de cette analyse que toutes les étapes de la démarche d'élaboration du diagnostic, incluant celle où le médecin a recours à des examens diagnostiques pour étoffer son opinion, doivent être effectuées selon les règles de l'art par le médecin. Ce dernier devra s'être comporté avec prudence et diligence dans la conduite de chacune des étapes lui permettant de formuler son diagnostic. L'élaboration du diagnostic est un processus évolutif et il n'est pas approprié pour le médecin de prendre divers raccourcis, notamment en prescrivant d'emblée des examens diagnostiques sans même avoir procédé à une anamnèse complète et détaillée avec le patient.

Le médecin doit par ailleurs refuser de poser des actes médicaux qui seraient contre le meilleur intérêt de son patient<sup>178</sup> et doit se concentrer à prodiguer des soins « conformes aux données acquises de la science. »<sup>179</sup> Il a également été démontré que le médecin a le droit à l'erreur dans l'établissement d'un diagnostic, qu'il n'a pas une obligation de résultat, mais bien une obligation de moyens et que sa conduite ne sera sanctionnée que si ce dernier a fait preuve d'un comportement négligent, notamment en n'utilisant pas les techniques appropriées.

Alors que les tribunaux font déjà preuve d'une grande indulgence en matière d'erreurs de diagnostic<sup>180</sup> et qu'il n'est pas rare que la responsabilité des médecins ne soit pas engagée du fait de ne pas avoir prescrit un test diagnostique particulier<sup>181</sup>, la prescription d'examens complémentaires dans un but défensif s'avère à notre avis non seulement inutile, mais potentiellement fautive. Ce genre de pratique défensive est fort probablement, au contraire,

---

<sup>178</sup> Code de déontologie des médecins, préc., note 4, art. 60.

<sup>179</sup> *X c. Mellen*, préc., note 20.

<sup>180</sup> *Supra*, note 70.

<sup>181</sup> *Supra*, notes 57 et 58; Voir également : *Benhaim c. St-Germain*, [2016] 2 R.C.S. 352 : Dans cette décision, le médecin traitant du patient a entre autres omis d'investiguer davantage dans la conduite de l'élaboration de son diagnostic, malgré les recommandations du radiologue, quant à une opacité au poumon du patient, lequel comportement est considéré par le tribunal comme ayant été négligent et empreint de laxisme.

plus risquée que bénéfique pour le médecin<sup>182</sup>, puisque si le recours à des examens qui ne sont pas médicalement nécessaires pour le patient venait à causer lui causer un préjudice, il serait possible pour le patient d'invoquer que ce préjudice résulte directement de la faute du médecin, ayant manqué à son obligation de soigner :

« D'ailleurs, cette pratique n'apporte aucune protection au médecin, puisque la prescription d'un test inutile jouera plutôt à son détriment qu'à son avantage, lorsque viendra le temps de justifier une démarche diagnostique. De plus, prescrire des tests inutiles expose le patient à des risques supplémentaires, dont le médecin devra répondre si l'un des risques se réalise. »<sup>183</sup>

En effet, tel que nous en avons largement traité, le phénomène de la multiplication des recours inappropriés à des examens diagnostiques, accentué notamment par le surdiagnostic et la pratique d'une médecine défensive, dans le cadre desquels des gestes n'apportant aucune valeur ajoutée pour le traitement d'un patient sont fréquemment posés, n'est pas sans risque pour ce dernier. Ces ordonnances injustifiées sont souvent plutôt prescrites dans l'intérêt principal du médecin (quand on pense à la pratique d'une médecine défensive) et au détriment du meilleur intérêt du patient, en ce qu'elles peuvent l'exposer à des risques inutiles, notamment des risques de radiation, ou à des procédures particulièrement invasives (biopsies, colonoscopies, etc.). Si quelconques conséquences ou troubles découlant de ces procédures additionnelles devaient se réaliser, la décision du médecin d'avoir soumis le patient à ces procédures pourrait s'avérer fautive.

Au même titre, nous croyons que l'utilisation inappropriée des examens diagnostiques, laquelle entraîne souvent le surdiagnostic de certaines maladies, la découverte d'anomalies bénignes ou encore la découverte de « faux positifs »<sup>184</sup>, pourrait également entraîner la responsabilité médicale du médecin, en ce qu'elle occasionne des répercussions

---

<sup>182</sup> Voir à ce sujet : Bernard J. HEALEY, Dan KOPEN et Jason SMITH, « Physicians, Defensive Medicine and Ethics », (2011) 7-1 *Academy of Health Care Management Journal* 59; Peter P. BUDETTI, « Tort Reform and the Patient Safety Movement. Seeking Common Ground », (2005) 293-21 *Journal of American Medical Association* 2660.

<sup>183</sup> J.-P. MÉNARD, préc., note 1, aux pages 278 et 279.

<sup>184</sup> Les faux positifs « se produisent lorsque les résultats initiaux d'un test subi pour investiguer une anomalie [...] se révèlent positifs, mais que les résultats d'une épreuve de suivi (p. ex. une biopsie) ne révèlent aucune pathologie. » : H. SINGH et al., préc., note 88, 374.

psychologiques et physiques importantes pour le patient (nécessité d'interventions complémentaires subséquentes, stress indu, etc.), pouvant à notre avis être attribuables au manquement du médecin à son obligation de soigner. L'exemple utilisé précédemment quant au recours systématique aux échographies obstétricales au *CHU de Québec* lors du troisième trimestre de grossesse, lequel est injustifié et non appuyé par des données probantes, illustre effectivement bien les possibles conséquences indésirables d'une telle pratique pour le patient :

« La prescription systématique d'une échographie obstétricale au troisième trimestre de la grossesse normale peut aussi mener, comme tout autre programme de dépistage par examen d'imagerie médicale, à des résultats faux-positifs. [...] L'annonce de ces résultats erronés pourrait avoir des répercussions psychologiques chez les futurs parents et engendrer des coûts supplémentaires pour le système de santé en raison des examens additionnels qui découlent de ces erreurs. »<sup>185</sup>

Dans cette optique, une patiente qui subirait de telles répercussions psychologiques, ou qui serait contrainte de devoir passer une batterie de tests supplémentaires pourrait, vu le manquement vraisemblable du médecin de se conformer aux normes généralement reconnues, tenter d'obtenir une indemnisation pour le préjudice subi.

Par contre, bien que le recours à des examens diagnostiques de manière systématique ou dans un but défensif constitue à notre avis une pratique illégitime et inacceptable pour le patient, il pourrait s'avérer complexe pour ce dernier de réussir à prouver que ce comportement constitue réellement une faute du médecin et un manquement à son obligation de soigner. En effet, le recours aux tests de laboratoires et aux examens diagnostiques est devenu tellement fréquent, voire même routinier, qu'il pourrait être possible que le médecin en vienne à prétendre qu'il s'agissait là de la pratique courante et habituellement suivie en de pareils cas. Le contexte actuel de la pratique de la médecine<sup>186</sup>, où l'utilisation d'examen diagnostiques non pertinents s'est imbriquée dans la prestation quotidienne des services exécutés par le médecin, pourrait être considéré comme altérant ou modifiant le standard de soin reconnu dans la communauté médicale. Ainsi, même si le recours à un examen

---

<sup>185</sup> CHU DE QUÉBEC-UNIVERSITÉ LAVAL, UNITÉ D'ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES ET DES MODES D'INTERVENTION EN SANTÉ, préc., note 112, p. 29.

<sup>186</sup> L. D. HERMER et H. BRODY, préc., note 140, 471.

diagnostique selon un cas clinique précis n'était pas pertinent, le médecin pourrait tenter de faire valoir qu'il s'agissait malgré tout de la norme et d'une pratique usuelle chez ses pairs et qu'il ne s'est donc pas écarté d'un comportement prudent et diligent.

Cela étant, nous ne croyons pas que pareille défense serait irréfutable pour un patient. En effet, le fait qu'une pluralité de médecins prescrit des examens diagnostiques dont la pertinence est fortement mise en doute au sein de données scientifiques contemporaines ne devrait avoir pour effet de les rendre pertinents par ailleurs.

### **PARTIE 3: SOLUTIONS ENVISAGEABLES : L'IMPORTANCE D'UNE PRISE DE CONSCIENCE PARTAGÉE**

Il ressort des deux premières parties de cet essai que la multiplication des recours à des examens diagnostiques inappropriés est accentuée par de nombreux facteurs. L'existence même d'une grande variété d'examens diagnostiques à la fine pointe de la technologie, offrant souvent énormément de précision dans l'identification de la maladie d'un patient, est en quelque sorte venue altérer et façonner la démarche d'élaboration du diagnostic du médecin. Bien que l'obligation du médecin ne s'en trouve pas légalement modifiée pour autant et que ce dernier n'est tenu qu'à une obligation de moyens dans le cadre de l'établissement du diagnostic, les progrès technologiques spectaculaires auxquels nous assistons semblent toutefois laisser de moins en moins de place à l'imprécision et à l'incertitude inhérente au jugement professionnel. Le recours aux examens paracliniques, même s'ils ne sont pas nécessaires pour le patient, semble par ailleurs s'être élevé au rang de pratique standard, courante et banalisée.

Il appert que le recours fréquent à des examens diagnostiques inopportuns est lourdement ancré dans les habitudes et pratiques du médecin, ce dernier étant influencé notamment par la peur du procès et le désir de contrer toute incertitude possible. Or, tel qu'il l'a été démontré, là n'est pas son rôle dans le cadre de l'établissement du diagnostic. Il doit évidemment tenter de l'établir au meilleur de ses connaissances, en prenant tous les moyens raisonnables pour y arriver, mais n'est pas tenu d'atteindre de résultat précis. Le patient, lui, pour sa part, s'attend souvent à des résultats immédiats et à une identification rapide de la cause des problèmes pour lesquels il consulte. La perception populaire qu'un geste positif, tel qu'un examen complémentaire, est synonyme de meilleurs soins, contribue à accentuer et justifier les pressions du patient à l'égard du médecin pour obtenir des services qui ne sont pas nécessairement médicalement indiqués.

Ainsi, il est peut-être utopique de penser que l'on parviendra un jour à contrer l'utilisation grandissante d'examens diagnostiques inappropriés. En effet, contrer cette tendance nécessite probablement un véritable changement de cap et une modification

drastique des mœurs et des croyances populaires, ce qui, évidemment, ne s'avère pas chose facile.

Il est toutefois grand temps que l'on s'y attarde, et ce, de manière sérieuse. En effet, les conséquences de cette utilisation inappropriée d'examens diagnostiques, sont, tel qu'il l'a été démontré précédemment, parfois très importantes pour le patient et il apparaît inacceptable de l'exposer à autant de risques évitables. La dernière partie de cet essai consiste donc à identifier certaines pistes de solution permettant de contrer le phénomène de la multiplication des recours à des examens diagnostiques inappropriés.

Tel que mentionné, un changement dans les pratiques de prescription d'examens diagnostiques des médecins s'impose. Pour ce faire toutefois, ce phénomène ne peut rester un sujet tabou, car, pour réellement contrer cette problématique, encore faut-il reconnaître son existence. C'est pourquoi nous croyons qu'une partie de la solution à cette problématique repose principalement l'éducation et la sensibilisation des médecins, ainsi que des patients, à cet égard.

#### **A) Modification des pratiques de prescription d'examens diagnostiques des médecins**

##### *1) Sensibilisation des médecins à la problématique de l'utilisation inappropriée des examens diagnostiques*

Le recours aux examens diagnostiques inappropriés par le médecin est souvent influencé par des craintes injustifiées de sa part. Ce comportement des médecins n'est pas nécessairement empreint de mauvaise foi et repose généralement plutôt sur de fausses croyances cultivées et entretenues à tort depuis des décennies. L'idée selon laquelle le médecin doit à tout prix se protéger contre des poursuites potentielles en responsabilité médicale en posant des gestes défensifs, ou encore la conviction que la qualité des soins au patient dépend de la prestation d'un maximum de gestes concrets<sup>187</sup> et de l'élimination de toute incertitude diagnostique, pousse souvent inconsciemment le médecin à avoir recours aux examens diagnostiques de manière injustifiée :

---

<sup>187</sup> B. J. HEALEY, D. KOPEN et J. SMITH, préc., note 182, 73.

« It seems to be a behavioral practice that physicians have developed over the years that has resulted from fear of lawsuits and an attempt by the physician to provide a higher standard of health care to their patients. This proclivity must be changed if we hope to rein in defensive medicine. »<sup>188</sup>

Il apparait donc impératif, pour éventuellement parvenir freiner et ultimement, à diminuer l'utilisation grandissante des examens diagnostiques non nécessaires et à modifier les habitudes de prescription des médecins, de désamorcer ces croyances mal fondées. Il est évident que si le médecin n'est lui-même pas convaincu qu'il est inutile d'avoir recours à un examen diagnostique médicalement non nécessaire, notamment parce qu'il ressent le besoin de confirmer hors de tout doute une évidence et de se mettre à l'abri de potentielles poursuites, celui-ci ne sera pas en mesure de guider convenablement le patient lorsqu'il lui conseillera d'y avoir recours ou non. Le doute aura généralement tendance à favoriser la prescription de l'examen. En effet, le médecin n'agira probablement pas avec assurance lorsque viendra le temps d'aborder avec son patient la pertinence de l'examen diagnostique en question, demeurant alors plus vague quant à son bien-fondé, ce qui aura vraisemblablement l'effet contraire pour le patient mal informé, lequel sera porté à vouloir clarifier les ambiguïtés potentielles.

Ainsi, afin que le médecin puisse informer convenablement le patient de la non-pertinence de certains examens diagnostiques pour une condition particulière et des risques associés à ceux-ci, il semble impératif d'agir sur les perceptions souvent erronées du médecin. Il est effectivement primordial de leur faire prendre conscience qu'une utilisation inappropriée des examens diagnostiques peut être préjudiciable pour le patient, en ce qu'elle peut l'exposer à des risques ou des complications qui auraient pu être évités ou encore entraîner un surdiagnostic nécessitant souvent une batterie d'investigations et traitements supplémentaires superflus. Il est aussi important de faire comprendre au médecin que l'utilisation des examens diagnostiques inappropriés dans un but défensif est également inutile pour lui, en ce qu'elle ne lui procure dans les faits aucune protection supplémentaire

---

<sup>188</sup> *Id.*



contre des recours en responsabilité civile médicale. Au contraire, cela pourrait avoir pour effet de lui nuire.

Dans l'optique où une meilleure utilisation des examens diagnostiques passe principalement par un meilleur dialogue entre le patient et le médecin quant à la pertinence de recourir ou non à ceux-ci, il est impératif que le médecin soit conscient et convaincu que l'utilisation d'examens injustifiés et excessifs est réellement problématique. À défaut de quoi le dialogue entre ces deux parties ne pourra jamais être optimisé : « If physicians are not aware of the potential harms of overdiagnosis, patients and families cannot be expected to appreciate them either. »<sup>189</sup>

Pour ce faire, les facultés de médecine ont probablement un rôle primordial à jouer dans la réalisation de cette prise de conscience, en ce qu'elles constituent les premiers vecteurs d'information aux futurs médecins. Il serait à notre avis approprié d'exposer rapidement les médecins aux problématiques du surdiagnostic et de la médecine défensive, dès les premiers balbutiements de leur formation universitaire. Il serait ainsi possible de les conscientiser avant même le début de leur pratique<sup>190</sup> et donc avant même que le recours systématique à des examens diagnostiques soit imbriqué dans leur quotidien. En leur inculquant, dans le cadre du programme universitaire, que ces pratiques peuvent être néfastes pour les patients, nous croyons que cela réduirait la tendance à développer de mauvaises habitudes de prescription des examens diagnostiques superflus. En ce qui a trait aux praticiens actuels, nous croyons que le *Collège des médecins du Québec*, via les programmes de formation continue, a également un rôle à jouer dans ce souci de conscientisation de la communauté médicale qui pratique déjà.

Par ailleurs, nous sommes d'avis que l'émergence, depuis quelques années, de mouvements de sensibilisation, tels que la campagne « Choisir avec soin », est un pas dans

---

<sup>189</sup> Eric R. COON, Ricardo A. QUINONEZ, Virginia A. MOYER et Alan R. SCHROEDER, « Overdiagnosis: How Our Compulsion for Diagnosis May Be Harming Children », (2014) 134-5 *Pediatrics* 1013, 1017.

<sup>190</sup> ASSOCIATION MÉDICALE DU QUÉBEC, préc., note 82, p. 34; Voir aussi : Thanya PATHIRANA, Justin CLARK et Ray MOYNIHAN, « Mapping the Drivers of Overdiagnosis to Potential Solutions », (2017) 358 *British Medical Journal* 3879.

la bonne direction pour une prise de conscience quant à la problématique de la multiplication des recours à des examens diagnostiques inappropriés. En effet, une telle campagne nous apparaît tout à fait indiquée pour sensibiliser les médecins à la trop grande utilisation d'examens diagnostiques souvent injustifiés et inopportuns et il est important d'en faire une promotion adéquate.

La campagne « Choisir avec soin » est coordonnée au Québec par l'AMQ<sup>191</sup> et « vise à aider les professionnels de la santé et les patients à engager un dialogue au sujet des examens et des traitements non nécessaires et à les aider à faire des choix judicieux et efficaces en vue d'assurer des soins de qualité »<sup>192</sup>. Dans le cadre de cette campagne, diverses associations médicales ont ainsi mis sur pied des recommandations diverses quant à des examens prescrits fréquemment, mais qui ne sont pas appuyés par des données probantes, pouvant être risqués pour le patient<sup>193</sup>. Il est alors utile pour le médecin de s'y référer au besoin, afin de mieux choisir les examens complémentaires employés dans le cadre de sa démarche d'élaboration du diagnostic du patient. Ces outils de référence ne doivent évidemment pas remplacer le jugement du médecin et il serait inapproprié de les appliquer aveuglément, certains tests pouvant s'avérer nécessaires selon les circonstances. À tout le moins, ces outils demeurent certainement être très utiles pour engager un meilleur dialogue avec le patient. Cette campagne grandissante, qui s'élargit maintenant à d'autres professions<sup>194</sup>, a probablement fortement aidé au commencement d'une prise de conscience de la communauté médicale quant aux risques que présentent de telles pratiques, laquelle s'imposait depuis longtemps.

## 2) *Application des directives et guides de pratique médicale*

Les directives cliniques et les guides de pratique médicale peuvent également s'avérer grandement utiles pour atteindre l'objectif de modification des pratiques de prescription

---

<sup>191</sup> ASSOCIATION MÉDICALE DU QUÉBEC, *À propos. Choisir avec soin Québec*, en ligne : <<https://www.amq.ca/fr/choisir-avec-soin/198-a-propos-choisir-avec-soin>> (consulté le 6 septembre 2018).

<sup>192</sup> INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ, préc., note 10, p. 7.

<sup>193</sup> *Id.*

<sup>194</sup> France LÉGARÉ, Dawn STACEY, Pierre-Gerlier FOREST, Marie-France COUTU, Patrick ARCHAMBAULT, Laura BOLAND, Holly O. WITTERMAN, Annie LEBLANC, Krystina B. LEWIS et Anik M.C. GIGUERE, « Milestones, Barriers and Beacons : Shared Decision Making in Canada Inches Ahead », (2017) 123-124 *ZEFQ* 23, 26.

d'examens diagnostiques des médecins et ainsi, dicter une meilleure utilisation des tests complémentaires. En effet, ces directives, qui ont généralement pour but de « formuler des recommandations aux cliniciens quant à l'un ou l'autre des aspects de leur pratique »<sup>195</sup>, s'avèrent particulièrement pertinentes pour mieux encadrer certaines pratiques<sup>196</sup> et pourraient permettre, lorsque suivies et appliquées par la communauté médicale, de réduire l'utilisation d'examens inappropriés.

Au Québec, l'*Institut national d'excellence en santé et en services sociaux*, ci-après « **INESSS** », afin de faire la promotion d'une utilisation optimale des ressources en santé<sup>197</sup>, propose donc fréquemment « des recommandations et des guides de pratique clinique visant l'usage optimal des technologies, médicaments et interventions en santé et en services sociaux personnels »<sup>198</sup>. Il n'est pas rare que ces recommandations concernent plus particulièrement l'utilisation d'examens diagnostiques ou de tests de laboratoires. En réalisant notamment des études exhaustives sur les données probantes concernant diverses interventions, en faisant une revue de la littérature appropriée et en recensant les guides de pratique clinique déjà existants quant à l'intervention en question, l'INESSS est ensuite plus à même d'évaluer l'usage approprié de procédés diagnostiques.

À titre d'exemple, l'INESSS a diffusé, en 2014, des recommandations pour permettre un meilleur usage de diverses analyses biomédicales<sup>199</sup> utilisées régulièrement, en indiquant notamment aux professionnels de la santé dans quels cas il est utile d'y avoir recours, ou au contraire, dans quels cas ces diverses analyses ne sont pas utiles et n'apportent aucune valeur ajoutée pour le diagnostic de certaines maladies. Plus récemment, l'INESSS a également

---

<sup>195</sup> Nicholas LÉGER-RIOPEL, « Les directives cliniques et le droit de la santé : entre outils de gouvernance et fondements de responsabilité », dans Mélanie BOURASSA FORCIER et Anne-Marie SAVARD (dir.), *Droit et politiques de la santé*, Montréal, LexisNexis, 2014, p. 475, aux pages 475 et 476.

<sup>196</sup> *Id.*, à la page 475.

<sup>197</sup> *Loi sur l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux*, RLRQ, c. I-13.03, art. 4 al. 1.

<sup>198</sup> *Id.*, art. 5 (2).

<sup>199</sup> INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX, *Usage judicieux de 14 analyses biomédicale*, Gouvernement du Québec, 2014, en ligne : <[https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Webinaires/Juin\\_2014/INESSS\\_Rapport-Usage\\_judicieux\\_14\\_analyses\\_biomedicales.pdf](https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Webinaires/Juin_2014/INESSS_Rapport-Usage_judicieux_14_analyses_biomedicales.pdf)> (consulté le 9 septembre 2018).

publié un rapport visant à faire l'état des différentes possibilités pour optimiser la pertinence des recours à des examens d'imagerie médicale<sup>200</sup>.

Il appert toutefois que ces types de recommandations et de guides de pratique, bien que publiquement diffusées par l'INESSS, sont souvent méconnus du médecin ou des patients<sup>201</sup> et demeurent peu suivis par les praticiens. En effet, ceux-ci n'ont aucune réelle obligation de se conformer aux documents émanant d'une telle organisation<sup>202</sup>. Bien que ces lignes directrices de l'INESSS proposent de meilleures pratiques qui mériteraient probablement d'être observées dans bien des cas, leur valeur ou leur applicabilité est encore parfois peu reconnue par le corps médical<sup>203</sup>. Ceci s'explique sans doute par le fait que certains médecins peuvent les percevoir comme une intrusion dans l'exercice de leur bon jugement ou comme une atteinte à leur autonomie décisionnelle<sup>204</sup> et sont donc être réticents à en faire une application dans leur pratique quotidienne.

Il pourrait donc être pertinent d'assurer, possiblement via le *Collège des médecins du Québec*, une meilleure diffusion et promotion des recommandations de l'INESSS en matière d'examens diagnostiques, afin que celles-ci soient plus souvent suivies et appliquées. L'appui d'organismes contraignants et reconnus tels que le *Collège des médecins du Québec* à ces recommandations résulterait probablement en une diminution des recours à des examens diagnostiques inappropriés ou non pertinents, de manière à assurer une utilisation plus judicieuse de ceux-ci.

## **B) Sensibilisation des patients**

Il est finalement évident qu'une sensibilisation des patients est également de mise si nous voulons un jour parvenir à réduire le nombre d'examens diagnostiques utilisés de manière

---

<sup>200</sup> INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX, préc., note 2.

<sup>201</sup> M. STE-MARIE, préc., note 9, 17.

<sup>202</sup> Contrairement aux directives qui émanent directement d'un ordre professionnel, qui, lorsqu'ainsi formulées : « constituent une norme qui doit être prise en compte par le médecin et qui est susceptible de fonder sa responsabilité en matière de déontologie professionnelle » lorsqu'elles ne sont pas suivies : N. LÉGER-RIOPEL, préc., note 195, à la page 496.

<sup>203</sup> M. STE-MARIE, préc., note 9, 17.

<sup>204</sup> Dylan KOZLICK, « Clinical Practice Guidelines and the Legal Standard of Care: Warnings, Predictions and Interdisciplinary Encounters », (2011) 19 *Health Law Journal* 125, 132.

inappropriée. En effet, ceux-ci, notamment en raison de l'omniprésence d'informations médicales de toutes sortes sur Internet ou dans les médias, sont de plus en plus à l'affût des multiples possibilités d'examens diagnostiques s'offrant à eux. Ils ont souvent tendance à connaître les avantages reliés au fait d'avoir recours à ceux-ci pour diagnostiquer une maladie particulière, mais négligent très souvent de prendre en considération les possibles inconvénients. En découle alors des pressions grandissantes sur les médecins dans l'optique d'y avoir accès, bien que ces examens diagnostiques puissent s'avérer non indiqués pour eux, compte tenu leur condition.

En présence de plus en plus d'examens diagnostiques de pointe, les attentes des patients à l'égard des médecins se trouvent à être constamment plus élevées. Cette influence des patients contribue fortement au phénomène de la multiplication des recours à des examens diagnostiques inappropriés et il devient probablement moins aisé pour le médecin d'exercer son jugement et de s'abstenir de prescrire un examen particulier devant de vives frustrations que peut parfois générer l'idée même de ne pas passer de test diagnostique. La prescription de pareils examens peut alors permettre au médecin d'éviter une confrontation quelconque avec son patient, malgré que ceux-ci puissent n'avoir aucune assise médicale dans les circonstances. Il est donc primordial de mieux informer la population, afin de changer la perception souvent idéalisée qu'ont les individus à l'égard des avancées en matière de tests diagnostiques :

« Dans cette optique, toute initiative visant l'utilisation plus rationnelle des tests ou examens par les professionnels doit nécessairement s'accompagner d'une vigoureuse campagne d'information à l'intention de la population. [...]

La stratégie d'information à l'intention de la population doit prévoir la production de matériel (web et papier) convivial, qui permettra au médecin d'échanger avec son patient, en limitant les frustrations de ce dernier. »<sup>205</sup>

La sensibilisation des patients passe d'abord par une meilleure diffusion de l'information médicale, notamment dans les médias. Ces derniers ont effectivement un rôle important à

---

<sup>205</sup> ASSOCIATION MÉDICALE DU QUÉBEC, *Optimisation de la pratique clinique. Mieux choisir*, 2013, p. 19 et 20, en ligne : <<https://www.amq.ca/images/stories/documents/optimisation-rapport.pdf>> (consulté le 19 mai 2018).

jouer si l'on veut permettre une réelle prise de conscience de la population quant à l'utilisation inappropriée des examens complémentaires. Devant les innovations constantes en matière de technologie diagnostique, il n'est pas rare que les médias s'empressent d'en vanter les mérites et les bienfaits, « sans égard aux dilemmes éthiques qu'ils entraînent »<sup>206</sup> et en négligeant souvent d'en dévoiler les inconvénients. La superficialité de l'information donnée, ainsi que le besoin de sensationnalisme, l'emportent trop souvent sur la mise en perspective des inconvénients potentiels.

La collaboration des médias s'avère donc nécessaire afin de sensibiliser la population à l'effet qu'une mauvaise utilisation des technologies diagnostiques peut être nuisible pour la santé et qu'il convient donc d'en faire un usage modéré et réfléchi<sup>207</sup>, lorsque cela s'avère réellement nécessaire. Il serait, pour ce faire, important de traiter davantage de la problématique du surdiagnostic et de ses impacts sur la médecine actuelle. En effet, bien que le surdiagnostic entraîne un gaspillage important des ressources et ait des effets non négligeables sur la santé des patients, il s'agit d'un phénomène encore trop méconnu de la population. Il conviendrait donc d'en traiter à plus large échelle, car le succès de l'éducation passe d'abord par la sensibilisation à cet enjeu.

La campagne « Choisir avec soin » s'inscrit encore très bien dans cette optique d'une meilleure diffusion de l'information médicale quant aux examens diagnostiques. En effet, cette campagne, en plus de s'adresser aux professionnels de la santé, fait la diffusion de différents outils éducatifs pour les patients, visant à les informer, dans un langage clair et simplifié, quant à l'utilisation appropriée de divers examens<sup>208</sup>. On retrouve ainsi, sur le site Web de la campagne, de nombreux guides d'information pour les patients, leur permettant, à titre d'exemples, de se renseigner quant à savoir à quel moment la coloscopie est nécessaire<sup>209</sup> ou encore à quel moment l'on devrait avoir recours aux examens d'imagerie

---

<sup>206</sup> ASSOCIATION MÉDICALE DU QUÉBEC, préc., note 82, p. 15.

<sup>207</sup> T. PATHIRANA, J. CLARK et R. MOYNIHAN, préc., note 190.

<sup>208</sup> CHOISIR AVEC SOIN, *Guide d'information pour les patients*, 2018, en ligne : <<https://choisiravecsoin.org/guide-dinformation-pour-les-patients/>> (consulté le 7 octobre 2018).

<sup>209</sup> CHOISIR AVEC SOIN, *La coloscopie : À quel moment est-il nécessaire que vous subissiez une coloscopie ?*, 2018, en ligne : <<https://choisiravecsoin.org/coloscopie/>> (consulté le 7 octobre 2018).

pour des douleurs au bas du dos<sup>210</sup>. Bien que ces outils ne se substituent évidemment pas à l'opinion du médecin et aux conseils que les patients pourront obtenir de ce dernier quant à l'opportunité de passer ou non un examen dans leur condition, ceux-ci sont très pertinents pour favoriser un accès à une information médicale neutre. Cette prise de conscience initiale des patients leur permettra de tenir un dialogue ouvert avec leur médecin, en ayant en tête que tout examen diagnostique n'est pas nécessairement indiqué ou approprié selon leur condition. À terme, une meilleure responsabilisation de la population par rapport à la prise de décision (par opposition à une approbation aveugle et non réfléchie) aiderait à favoriser une utilisation plus judicieuse des examens diagnostiques.

Tel que mentionné, une sensibilisation du patient ne se fera pas sans un meilleur dialogue entre ce dernier et le médecin. Il est effectivement impératif que les médecins communiquent plus clairement avec les patients quant à la pertinence de recourir à des examens diagnostiques<sup>211</sup>. Il en va non seulement de leur obligation de renseignement envers le patient, mais également, de leur devoir de protéger et promouvoir la santé collective<sup>212</sup> et d'assurer la disponibilité et la qualité des services médicaux à la population<sup>213</sup>. Ceci implique notamment d'exposer de manière claire et détaillée au patient les raisons pour lesquelles il souhaite avoir recours à un examen diagnostique particulier et les avantages d'y recourir, mais surtout, de les informer quant aux inconvénients que cet examen peut engendrer. Il serait important que les médecins fassent davantage participer les patients dans la prise de décision à l'égard des examens diagnostiques. En effet, des patients mieux informés éviteraient probablement d'y avoir recours lorsqu'ils sont conscients que ceux-ci sont non pertinents. En résulterait alors un meilleur accès pour les patients qui en ont réellement besoin, sans avoir à se heurter à des délais d'attente parfois majeurs.

Le processus décisionnel de la prise de décision partagée, au cours duquel « les cliniciens travaillent en collaboration avec le patient afin de l'aider à prendre une décision médicale

---

<sup>210</sup> CHOISIR AVEC SOIN, *Les examens d'imagerie pour les douleurs au bas du dos : À quel moment devez-vous passer ces examens*, 2018, en ligne : <<https://choisiravecsain.org/les-examens-dimagerie-pour-les-douleurs-au-bas-du-dos/>> (consulté le 7 octobre 2018).

<sup>211</sup> ASSOCIATION MÉDICALE DU QUÉBEC, préc., note 82, p. 33.

<sup>212</sup> *Code de déontologie des médecins*, préc., note 4, art. 3.

<sup>213</sup> *Id.*, art. 3.1.

éclairée et fondée sur ses valeurs »<sup>214</sup> et qui intègre à la fois les données probantes, mais aussi les préférences et convictions du patient, pourrait probablement être d'une grande utilité en matière d'examens diagnostiques :

« It changes the way decisions are framed by identifying that there is a decision to be made (not an obligatory test or default treatment), and explaining the range of options available and their benefits and harms. It also involves deciding with patients “what is most important to them” in terms of their values, preferences, and circumstances. Importantly, the option of doing nothing or active surveillance can be discussed as a deliberate or positive action to counter people’s bias for tests and treatment, especially in cancer. »<sup>215</sup>

Ce processus décisionnel, fondé sur une meilleure collaboration entre le médecin et le patient pour une prise de décisions éclairée, pourrait permettre aux patients de mieux comprendre qu'éviter d'utiliser des examens diagnostiques lorsque leur condition ne le justifie pas n'est pas une opération négative. En effet, s'abstenir d'avoir recours à des examens diagnostiques inappropriés est, au contraire, un geste positif pour une meilleure santé et sécurité du patient. L'option de ne rien faire, ou du moins d'attendre avant d'avoir recours à un examen diagnostique, mériterait donc d'être abordée de manière plus concrète par le médecin dans le cadre d'une telle discussion, pour ainsi permettre au patient d'avoir l'impression de faire un choix judicieux pour sa santé et incidemment, augmenter son niveau de satisfaction à l'égard des soins offerts par le médecin<sup>216</sup>.

---

<sup>214</sup> Roland GRAD, France LÉGARÉ, Neil R. BELL, James A. DICKINSON, Harinder SIGNH, Ainsley Elizabeth MOORE, Danielle KASPERAVICUS et Kaylyn L. KRETSCHMER, « Prise de décision partagée en soins de santé préventifs. Ce que c'est; ce que ce n'est pas », 63-9 *Le médecin de famille canadien* 377, 377.

<sup>215</sup> Kirsten J. MCCAFFERY, Jesse JANSEN, Laura D. SCHERER, Hazel THORNTON, Jolyn HERSCH, Stacy M. CARTER, Alexandra BARRAT, Stacey SHERIDAN, Jo WALLER, John BRODERSEN, Kristen PICKLES et Adrian EDWARDS, « Walking the Tightrope: Communicating Overdiagnosis in Modern Healthcare », (2016) 352 *British Medical Journal* 348, 349.

<sup>216</sup> H. TAPP, A. MCWILLIAMS et M. DULIN, préc., note 52, 115.



## CONCLUSION

À l'ère actuelle où les technologies diagnostiques évoluent à une vitesse fulgurante et offrent sans cesse plus de précision, rapidité et fiabilité pour l'établissement d'un diagnostic, celles-ci se révèlent toutefois être des armes à double tranchant qu'il convient de réapprendre à utiliser judicieusement. Si l'innovation technologique offre souvent des outils appréciables au médecin pour l'exercice de son art, dont il n'est plus nécessaire de vanter les bienfaits, il ressort toutefois que la pluralité d'examens diagnostiques à la fine pointe de la technologie dont le médecin dispose complexifie grandement la prise de décision quant à savoir ce qu'il est pertinent de faire ou non pour le mieux-être d'un patient. Bien qu'il reste du devoir du médecin de ne pas se laisser influencer par le potentiel énorme de réduction d'erreurs que permettent ces examens additionnels dans la détermination d'une maladie, force est de constater qu'une utilisation inappropriée de certains examens diagnostiques fait maintenant partie intégrante de la pratique médicale contemporaine.

C'est donc avec l'objectif de chercher à comprendre l'origine et les fondements du phénomène de la multiplication de prescriptions d'examens diagnostiques inappropriés que cet essai a été réalisé. Au regard de notre analyse, il est aisé de constater que le recours aux examens diagnostiques non-pertinents découle souvent de croyances fortement ancrées chez le patient et le médecin et qu'une transformation de cette pratique fortement banalisée demeurera probablement difficile à opérer.

L'étude des principes généraux relatifs à l'élaboration d'un diagnostic par le médecin, à la première partie de cet essai, permet non seulement de saisir l'importance pour le médecin d'adopter un comportement rigoureux et consciencieux au fil de toutes les étapes le menant à identifier la maladie du patient, mais également, de réaliser l'ampleur que cette opinion émise par le médecin aura quant à l'accomplissement de son obligation de soigner. Le diagnostic étant effectivement la pierre angulaire de cette obligation du médecin, en ce qu'il en est le point de départ et qu'il lui permettra de déterminer les actions subséquentes qui devront être posées quant à la condition de son patient, il est alors impératif pour le médecin de l'élaborer avec une grande attention. Si les conséquences indésirables et parfois même irréversibles que peut entraîner un mauvais diagnostic inciteront généralement le médecin à

agir avec rigueur et prudence dans l'élaboration de celui-ci, elles peuvent aussi l'encourager indûment à faire une utilisation excessive et inappropriée des tests de laboratoire et examens diagnostiques. Ceux-ci, comportant souvent des risques importants pour la santé du patient, ne devraient pourtant être utilisés que de manière complémentaire et uniquement lorsque la condition du patient le requiert vraiment.

Le sentiment d'infailibilité pouvant être procuré par les examens diagnostiques à la fine pointe de la technologie ne devrait en aucun cas justifier l'élaboration hâtive d'un diagnostic ou la prise de raccourcis. La démarche menant à l'établissement de celui-ci ne devrait en pas s'en trouver modifiée et toutes les étapes de l'élaboration du diagnostic conservent leur pertinence, même en présence de technologies avancées. En effet, c'est l'analyse du comportement du médecin au cours de chacune des étapes l'ayant conduit à établir son diagnostic qui sera déterminante et permettra d'évaluer s'il a satisfait son obligation de moyens pour identifier convenablement le problème de santé du patient. Ce n'est qu'après avoir effectué une anamnèse complète et détaillée, ainsi qu'avoir procédé à un examen physique du patient que le médecin pourra prendre une décision éclairée quant à la pertinence d'avoir recours à des examens diagnostiques pour compléter son jugement à l'égard du problème dont celui-ci est atteint.

Bien que l'analyse de la notion du concept de diagnostic erroné ait fait ressortir que le médecin conserve un droit à l'erreur non équivoque dans l'établissement de celui-ci et qu'aucune obligation de résultat ne lui soit imposée en la matière, l'inconfort marqué quant à l'incertitude, en présence d'autant de possibilités technologiques dans le domaine des examens complémentaires, semble aujourd'hui laisser de moins en moins de place, dans l'esprit du patient, à l'erreur ou à l'imprécision. Nombreux sont ceux qui arrivent au cabinet du médecin avec des attentes élevées et souhaitant obtenir des résultats immédiats quant à l'identification de la source de leurs problèmes, ce qui a bien évidemment une incidence directe sur le comportement du médecin. Celui-ci, probablement dans l'espoir d'éviter des confrontations avec le patient, se retrouve ainsi avec une latitude réduite dans l'exercice de son jugement clinique.

La seconde partie de cet essai démontre que la multiplication des recours à des examens diagnostiques inappropriés est attribuable à de nombreux facteurs, mais peut principalement s'expliquer par la prédominance de certaines pratiques médicales inopportunes et parfois préjudiciables pour le patient, soit celles du surdiagnostic et de la médecine défensive. Découlant souvent d'une multiplication de tests et analyses diagnostiques inutiles, le surdiagnostic, survenant lorsque l'on détecte précocement des problèmes asymptomatiques, occasionne, à son tour, un recours fréquent à une batterie d'examens supplémentaires, lesquels auraient pu être évités. Ce phénomène a donc souvent pour conséquence d'entraîner le patient dans un cercle vicieux dont les risques pour sa santé s'accroissent par eux-mêmes. La pratique d'une médecine défensive, par laquelle le médecin cherche à se protéger de poursuites hypothétiques en tentant notamment de confirmer hors de tout doute ce qu'il savait déjà à l'aide d'examens diagnostiques, augmente elle aussi très certainement l'utilisation d'examens complémentaires inappropriés. Bien que l'analyse des conséquences potentielles de l'utilisation d'examens diagnostiques inappropriés en responsabilité médicale fasse ressortir qu'il pourrait s'avérer complexe de condamner une telle pratique devant les tribunaux, en ce que la preuve d'un réel manquement du médecin à son obligation de renseignement ou à son obligation de soigner se révélerait probablement difficile à faire pour le patient, l'utilisation de ces examens inopportuns est très certainement déplorable et n'est nullement un exercice prudent et diligent de la médecine dans le meilleur intérêt du patient.

Au final, il ressort que l'utilisation d'examens diagnostiques inappropriés est un non-sens, autant pour le médecin que pour le patient. Une sensibilisation des principaux intéressés, le praticien et le malade, au fait que le recours à des examens diagnostiques inappropriés est une situation réellement problématique est donc impérative. Occasionnant non seulement de lourdes conséquences pour le patient, mais également un gaspillage considérable de ressources humaines et matérielles, cette pratique banalisée ne peut demeurer taboue et continuer d'être passée sous silence.

Si certaines initiatives semblent aller dans le bon sens pour parvenir à freiner l'utilisation grandissante d'examens diagnostiques inappropriés, nous sommes toutefois d'avis que sans une réelle réforme systémique, allant bien au-delà d'une prise de conscience populationnelle,

il demeura très complexe de contrer cette pratique. Dans un système de santé encourageant la multiplication d'actes médicaux et la rapidité d'exécution, où les examens diagnostiques ne cessent d'évoluer et où l'attirance pour les tests de dépistage est grandissante, nous sommes d'avis que sans de réels changements majeurs, il est utopique de penser que la problématique du recours inapproprié à certains examens diagnostiques se règlera un jour d'elle-même.

## **BIBLIOGRAPHIE**

### **A. Table de législation et de réglementation**

#### 1. Québec

##### a) Lois

*Charte des droits et libertés de la personne*, RLRQ, c. C-12

*Code civil du Québec*, L.Q. 1991, c. 64

*Loi médicale*, RLRQ, c. M-9

*Loi sur les services de santé et les services sociaux*, RLRQ, c. S-4.2

*Loi sur l'institut national d'excellence en santé et en services sociaux*, RLRQ, c. I-13.03

##### b) Règlements

*Code de déontologie des médecins*, RLRQ, c. M-9, r. 17

### **B. Table de jurisprudence**

*Arsenault c. Ryback*, [1991] R.R.A. 685 (C.A.)

*Benhaim c. St-Germain*, [2016] 2 R.C.S. 352

*Bérard-Guillette c. Maheux*, [1989] R.J.Q. 1758 (C.A.)

*Bouchard c. Bergeron*, [1994] R.R.A. 967 (C.S.)

*Chouinard c. Landry*, [1987] R.J.Q. 1954 (C.A.)

*Cloutier c. Ahad*, [1980] n° AZ-80021250 (C.S.)

*Cooke c. Suite*, [1995] R.J.Q. 2765 (C.A.)

*Currie c. Blundell*, [1992] R.J.Q. 764 (C.S.)

*Drapeau-Gourd c. Power*, [1982] n° AZ-82021200 (C.S.)

*Fisch c. St-Cyr*, 2005 QCCA 688

*Garcia c. Soucy*, [1990] R.R.A. 243 (C.S.)

*Gauthier c. Cordahi*, 2011 QCCS 1115

*Gburek c. Cohen*, [1988] R.J.Q. 2424 (C.A.)

*Hôpital Notre-Dame de l'Espérance c. Laurent*, [1978] 1 R.C.S. 605

*Hopp c. Lepp*, [1980] 2 R.C.S. 192

*Kiley-Nikkel c. Danaïs*, [1992] R.J.Q. 2820 (C.S.)

*Labrie c. Gagnon*, [2002] R.R.A. 158 (C.S.)

*Lauzon c. Ranger*, [2002] n° AZ-50153139 (C.S.)

*Lauzon c. Taillefer*, [1991] R.R.A. 62 (C.S.)

*Lépine c. Payette*, 2006 QCCS 5971

*Harewood-Green c. Spanier*, [1995] R.R.A. 147 (C.S.)

*Massinon c. Ghys*, [1996] R.J.Q. 2258 (C.S.)

*M. G. c. Pinsonneault*, 2017 QCCA 607

*Montpetit c. Léger*, [2000] R.J.Q. 2582 (C.S.)

*Pelletier c. Roberge*, [1991] R.R.A. 726, 734 (C.A.)

*Reibl c. Hughes*, [1980] 2 R.C.S. 880

*Schierz c. Dodds*, [1981] C.S. 589

*Sirois c. Baillargeon*, [1992] n° AZ-50401724 (C.S.)

*Sirois c. Baillargeon*, [1996] n° AZ-97011094 (C.A.)

*St-Cyr c. Fisch*, [2003] R.J.Q. 1584 (C.S.)

*Stéfanik c. Hôpital Hôtel-Dieu de Lévis*, [1997] R.J.Q. 1332 (C.S.)

*Suite c. Cooke*, [1993] R.J.Q. 514 (C.S.)

*Tremblay c. Claveau*, [1990] R.R.A. 268 (C.A.)

*Wolkove c. Harewood-Green*, [2000] R.R.A. 864 (C.A.)

X. c. Mellen, [1957] B.R. 389

## C. Table de doctrine

### 1. Ouvrages

#### a) Monographies

BAUDOUIN, J.-L., P DESLAURIERS et B. MOORE, *La responsabilité civile. Principes généraux*, 8<sup>e</sup> éd., vol. 1, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2014, EYB2014RES3 (La référence)

BAUDOUIN, J.-L., P. DESLAURIERS et B. MOORE, *La responsabilité civile. Responsabilité professionnelle*, 8<sup>e</sup> éd., vol. 2, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2014, EYB2014RES149 (La référence)

BERNARDOT A. et R. P. KOURI, *La responsabilité civile médicale*, Sherbrooke, Les Éditions Revue de droit Université de Sherbrooke, 1980

CASTONGUAY, C. *La fin des vaches sacrées. Réflexions sur l'avenir du Québec*, Montréal, Les éditions La Presse, 2015

KOURI, R. P. et S. PHILIPS-NOOTENS, *L'intégrité de la personne et le consentement aux soins*, 4<sup>e</sup> éd., Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2017, EYB2017ICS11 (La référence)

PHILIPS-NOOTENS, S., R. P. KOURI et P. LESAGE-JARJOURA, *Éléments de responsabilité civile médicale – Le droit dans le quotidien de la médecine*, 4<sup>e</sup> éd., Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2016, EYB2016RCM30 (La référence)

WELCH, G. H., L. M. SCHWARTZ et S. WOLOSHIN, *Overdiagnosed. Making People Sick in the Pursuit of Health*, Boston, Beacon Press, 2011

#### b) Ouvrages collectifs

LÉGER-RIOPEL, N., « Les directives cliniques et le droit de la santé : entre outils de gouvernance et fondements de responsabilité », dans BOURASSA FORCIER, M. et A.-M. SAVARD (dir.), *Droit et politiques de la santé*, Montréal, LexisNexis, 2014, p. 475

MÉNARD, J.-P., « L'erreur de diagnostic : fautive ou non fautive », dans S.F.C.B.Q., vol. 230, *Développements récents en responsabilité médicale et hospitalière (2005)*, Cowansville, Éditions Yvon Blais, p. 251

### 2. Articles de revues

BARBOT, J. et E. FILLION, « La « médecine défensive » : critique d'un concept à succès », (2006) 24-2 *Sciences Sociales et Santé* 5

- BORDE, V.. « Halte au surdiagnostic ! », (2014) 39-12 *L'Actualité* 28
- BRITO, J. P., J. C. MORRIS et V. M. MONTORI, « Thyroid Cancer: Zealous Imaging has Increased Detection and Treatment of Low Risk Tumours », (2013) 347 *British Medical Journal* 18
- BUDETTI, P. P., « Tort Reform and the Patient Safety Movement. Seeking Common Ground », (2005) 293-21 *Journal of American Medical Association* 2660
- CARTER, S. M., W. ROGERS, I. HEATH, C. DEGELING, J. DOUST et A. BARRATT, « The Challenge of Overdiagnosis Begins With its Definition », (2015) 350 *British Medical Journal* 869
- COON, E. R., R. A. QUINONEZ, V. A. MOYER et A. R. SCHROEDER, « Overdiagnosis: How Our Compulsion for Diagnosis May Be Harming Children », (2014) 134-5 *Pediatrics* 101
- DAVIES, L. et H. G. WELCH, « Increasing Incidence of Thyroid Cancer in the United States, 1973-2002 », (2006) 295-18 *Journal of the American Medical Association* 2164
- DOUDENKOVA, V. et J.-C. BÉLISLE-PIPON, « Surutilisation de l'imagerie médicale : une approche par principes pour une justification adaptée des examens radiologiques », (2015) 12 *Éthique et santé* 225
- EMERY, D. J., K. G. SHOJANIA, A. J. FORSTER, N. MOJAVERIAN et T. E. FEASBY, « Overuse of Magnetic Resonance Imaging », (2013) 173-9 *Journal of the American Medical Association Internal Medicine* 823
- GRAD, R., F. LÉGARÉ, N. R. BELL, J. A. DICKINSON, H. SIGNH, A. E. MOORE, D. KASPERAVICUS et K. L. KRETSCHMER, « Prise de décision partagée en soins de santé préventifs. Ce que c'est; ce que ce n'est pas », 63-9 *Le médecin de famille canadien* 377
- HALL, S. F., J. IRISH, P. GROOME et R. GRIFFITHS, « Access, Excess and Overdiagnosis : the Case for Thyroid Cancer », (2014) 3-1 *Cancer Medicine* 154
- HEATH, I., « Role of Fear in Overdiagnosis and Overtreatment – an essay by Iona Heath », (2014) 349 *British Medical Journal* g6123
- HEALEY, B. J., D. KOPEN et J. SMITH, « Physicians, Defensive Medicine and Ethics », (2011) 7-1 *Academy of Health Care Management Journal* 59
- HERMER, L. D., et H. BRODY, « Defensive Medicine, Cost Containment, and Reform », (2010) 25-5 *Journal of General Internal Medicine* 470
- ITO, Y., T. URNO, K. NAKANO, Y. TAKAMURA, A. MIYA, K. KOBAYASHI, T. YOKOZAWA, F. MATSUZUK, S. KUMA, K. KUMA et A. MIYAUCHI, « An Observation Trial Without Surgical Treatment in Patients with Papillary Microcarcinoma of the Thyroid », (2003) 13-4 *Thyroid* 381



KOZLICK, D., « Clinical Practice Guidelines and the Legal Standard of Care: Warnings, Predictions and Interdisciplinary Encounters », (2011) 19 *Health Law Journal* 125

LÉGARÉ, F., D. STACEY, P.-G. FOREST, M.-F. COUTU, P. ARCHAMBAULT, L. BOLAND, H. O. WITTERMAN, A. LEBLANC, K. B. LEWIS et A. M.C. GIGUERE, « Milestones, Barriers and Beacons : Shared Decision Making in Canada Inches Ahead », (2017) 123-124 *ZEFQ* 23

MCCAFFERY, K. J., J. JANSEN, L. D. SCHERER, H. THORNTON, J. HERSCH, S. M. CARTER, A. BARRAT, S. SHERIDAN, J. WALLER, J. BRODERSEN, K. PICKLES et A. EDWARDS, « Walking the Tightrope: Communicating Overdiagnosis in Modern Healthcare », (2016) 352 *British Medical Journal* 348

MCGREGOR, M. J. et D. MARTIN, « Testing 1, 2, 3. Is Overtesting Undermining Patient And System Health ? », (2012) 58 *Canadian Family Physician* 1191

MOYNIHAN, R., J. DOUST et D. HENRY, « Preventing Overdiagnosis: How to Stop Harming the Healthy », (2012) 344 *British Medical Journal* 19

PARMAR, M. S., « A Systematic Evaluation of Factors Contributing to Overdiagnosis and Overtreatment », (2016) 109-4 *Southern Medical Journal* 272

PATHIRANA, T., J. CLARK et R. MOYNIHAN, « Mapping the Drivers of Overdiagnosis to Potential Solutions », (2017) 358 *British Medical Journal* 3879

PÉPIN, F., « Dossier Surdiagnostic et surtraitement. La médecine souffre d'une nouvelle maladie : la surmédicalisation », (2013) 34-16 *L'Actualité médicale* 12

ROSSER, W., « La menace de poursuites. Quels en sont les effets sur l'exercice de la médecine familiale? », (1994) 40 *Le Médecin de famille canadien* 655

SINGH, H., J. A. DICKINSON, G. THÉRIAULT, R. GRAD, S. GROULX, B. J. WILSON, O. SZAFRAN et N. R. BELL, « Surdiagnostic : causes et conséquences en soins primaires », (2018) 64 *Le Médecin de famille canadien* 373

STE-MARIE, M., « Surdiagnostic : 7 pistes de solutions », (2017) 3-10 *Profession Santé* 16

SMITH-BINDMAN, R., D. L. MIGLIORETTI, E. JOHNSON, C. LEE, H. S. FEIGELSON, M. FLYNN, R. T. GREENLEE, R. L. KRUGER, M. C. HORN BROOK, D. ROBLIN, L. I. SOLBERG, N. VANNEMAN, S. WEINMANN et A. E. WILLIAMS, « Use of Diagnostic Imaging Studies and Associated Radiation Exposure for Patients Enrolled in Large Integrated Health Care Systems, 1996-2010 », (2012), 307-22 *Journal of the American Medical Association* 2400

STUDDERT, D. M., M. M. MELLO, W. M. SAGE, C. M. DESROCHES, J. PEUGH, K. ZAPERT et T. A. BRENNAN, « Defensive Medicine Among High-Risk Specialist Physicians in a Volatile Malpractice Environment », (2005) 293-21 *Journal of the American Medical Association* 2609

TAPP, H., A. MCWILLIAMS et M. DULIN, « Patient Engagement and Informed Decision Making Regarding Medical Imaging », (2014) 75-2 *North Carolina Medical Journal* 114

TOTH, F., « Responsabilité du médecin pour un diagnostic erroné : commentaires de l'affaire *Massinon c. Gyhs* », (1997) 27 R.D.U.S. 309

### 3. Documentation gouvernementale et rapports d'organismes publics

AGENCE CANADIENNE DES MÉDICAMENTS ET DES TECHNOLOGIES DE LA SANTÉ, *Utilisation appropriée des techniques d'imagerie médicale de pointe : TDM, IRM ET TEP/TDM. Analyse prospective*, Ottawa, 2013, en ligne : [https://www.cadth.ca/sites/default/files/pdf/DiagnosticImagingLitScan\\_f.pdf](https://www.cadth.ca/sites/default/files/pdf/DiagnosticImagingLitScan_f.pdf)

ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MEDICALE, *Guide des bonnes pratiques. Une « médecine défensive et de bons soins »*, en ligne : [https://www.cmpa-acpm.ca/serve/docs/ela/goodpracticesguide/pages/patient\\_safety/Legal\\_liability/defensive\\_medicine\\_and\\_goog\\_care-f.html](https://www.cmpa-acpm.ca/serve/docs/ela/goodpracticesguide/pages/patient_safety/Legal_liability/defensive_medicine_and_goog_care-f.html)

ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MEDICALE, *Rapport annuel de l'ACPM 2015*, 2015, en ligne : [https://www.cmpa-acpm.ca/static-assets/pdf/about/annual-report/2015/16\\_AnnualReport-f.pdf](https://www.cmpa-acpm.ca/static-assets/pdf/about/annual-report/2015/16_AnnualReport-f.pdf)

ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MEDICALE, *Rapport annuel 2016*, 2016, en ligne : [https://www.cmpa-acpm.ca/static-assets/pdf/about/annual-report/2016/17\\_2016\\_annual\\_report-f.pdf](https://www.cmpa-acpm.ca/static-assets/pdf/about/annual-report/2016/17_2016_annual_report-f.pdf)

ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MEDICALE, *Rapport annuel de l'ACPM 2017*, 2017, en ligne : [https://www.cmpa-acpm.ca/static-assets/pdf/about/annual-report/2017/18\\_com\\_2017\\_annualreport-f.pdf](https://www.cmpa-acpm.ca/static-assets/pdf/about/annual-report/2017/18_com_2017_annualreport-f.pdf)

CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC, *Avis sur la pertinence des services médicaux au Québec*, Québec, Gouvernement du Québec, 1997, en ligne : [https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/Archives/ConseilMedical/Avis/1997\\_02\\_av\\_fr.pdf](https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/Archives/ConseilMedical/Avis/1997_02_av_fr.pdf)

FONDATION CANADIENNE POUR L'AMÉLIORATION DES SERVICES DE SANTÉ, *Mythe : Les poursuites pour faute professionnelle médicale minent le Canada*, 2006, en ligne : <https://www.fcass-cfhi.ca/PublicationsAndResources/Mythbusters/ArticleView/06-03-01/70e601b8-487a-44d0-b390-4e4a0a453493.aspx>

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ, *Les soins non nécessaires au Canada*, Ottawa, 2017, en ligne : [https://secure.cihi.ca/free\\_products/choosing-wisely-baseline-report-fr-web.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/choosing-wisely-baseline-report-fr-web.pdf)

INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX, *Stratégies d'optimisation de la pertinence des requêtes concernant l'IRM et la TDM*, Gouvernement du Québec, 2018, en ligne :

<[https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Oncologie/INESSS-optimisation\\_IRM\\_et\\_TDM.pdf](https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Oncologie/INESSS-optimisation_IRM_et_TDM.pdf)>

INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX, *Usage judicieux de 14 analyses biomédicale*, Gouvernement du Québec, 2014, en ligne : <[https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Webinaires/Juin\\_2014/INESSS\\_Rapport-Usage\\_judicieux\\_14\\_analyses\\_biomedicales.pdf](https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Webinaires/Juin_2014/INESSS_Rapport-Usage_judicieux_14_analyses_biomedicales.pdf)>

MASSACHUSETTS MEDICAL SOCIETY, *Investigation of Defensive Medicine in Massachusetts*, 2008, en ligne: <[http://www.massmed.org/advocacy/key-issues/professional-liability/defensive-medicine-report-2008-\(pdf,-829-kb,-19-pages\)/](http://www.massmed.org/advocacy/key-issues/professional-liability/defensive-medicine-report-2008-(pdf,-829-kb,-19-pages)/)>

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES, *Les systèmes de santé : à la recherche d'efficacité*, coll. « Études de politique sociale ; No 7 », Paris, O.C.D.E., 1990

#### 4. Autres sources

ASSOCIATION MÉDICALE DU QUÉBEC, *1<sup>er</sup> symposium québécois sur le surdiagnostic. Le surdiagnostic : constats et plan d'action*, 2014, en ligne : <<https://www.amq.ca/documents/plan-action-final.pdf>>

ASSOCIATION MÉDICALE DU QUÉBEC, *À propos. Choisir avec soin Québec*, en ligne : <<https://www.amq.ca/fr/choisir-avec-soin/198-a-propos-choisir-avec-soin>>

ASSOCIATION MÉDICALE DU QUÉBEC, *Optimisation de la pratique clinique. Mieux choisir*, 2013, en ligne : <<https://www.amq.ca/images/stories/documents/optimisation-rapport.pdf>>

CENTRE INTERUNIVERSITAIRE DE RECHERCHE EN ANALYSE DES ORGANISATIONS, *Enquête sur certaines pratiques médicales au Québec*, 2013, en ligne : <<https://cirano.qc.ca/pdf/publication/2013RP-10.pdf>>

CHOISIR AVEC SOIN, *Guide d'information pour les patients*, 2018, en ligne : <<https://choisiravecsoin.org/guide-dinformation-pour-les-patients/>>

CHOISIR AVEC SOIN, *La coloscopie : À quel moment est-il nécessaire que vous subissiez une coloscopie ?*, 2018, en ligne : <<https://choisiravecsoin.org/coloscopie/>>

CHOISIR AVEC SOIN, *Les examens d'imagerie pour les douleurs au bas du dos : À quel moment devez-vous passer ces examens*, 2018, en ligne : <<https://choisiravecsoin.org/les-examens-dimagerie-pour-les-douleurs-au-bas-du-dos/>>

CHU DE QUÉBEC-UNIVERSITÉ LAVAL, UNITÉ D'ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES ET DES MODES D'INTERVENTION EN SANTÉ, *Utilisation de l'échographie obstétricale pour le suivi d'une grossesse normale : recension des recommandations et des pratiques*, Rapport d'évaluation 01-17, 2017, Québec, en ligne :

<[https://www.chudequebec.ca/getmedia/3d08495d-01ba-41b3-b63f-9c66655ed212/RAP\\_01\\_17\\_echo\\_obs\\_VF\\_2.aspx](https://www.chudequebec.ca/getmedia/3d08495d-01ba-41b3-b63f-9c66655ed212/RAP_01_17_echo_obs_VF_2.aspx)>

DEMERS, D., *La médecine défensive. Fondement. Principes. Responsabilité médicale et Solutions*, mémoire de maîtrise, Sherbrooke, Faculté de droit, Université de Sherbrooke, 1996